

**CURSO DE ENFERMAGEM**

Bruna Letícia da Silva

**A SEGURANÇA DA CRIANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS APÓS A ALTA  
HOSPITALAR.**

SANTA CRUZ DO SUL

2016

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA  
CURSO DE ENFERMAGEM

Bruna Letícia da Silva

**A SEGURANÇA DA CRIANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS APÓS A ALTA  
HOSPITALAR.**

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da  
Universidade de Santa Cruz do Sul, como requisito para aprovação  
na disciplina Trabalho de Curso II.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Ingre Paz

SANTA CRUZ DO SUL

2016

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2016

A SEGURANÇA DA CRIANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS APÓS A ALTA  
HOSPITALAR.

BRUNA LETÍCIA DA SILVA

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Ingre Paz

Prof. Enf<sup>a</sup>. Orientadora

---

Analídia Rodolpho Petry

Prof. Enf<sup>a</sup>. Curso Enfermagem

---

Aline Fernanda Fischborn

Prof. Enf<sup>a</sup>. Curso Enfermagem

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é admitir que houve um momento em que se precisou de alguém. É reconhecer que o homem jamais poderá lograr para si o dom de ser autossuficiente. Ninguém e nada crescem sozinhos. Sempre é preciso um olhar de apoio, uma palavra de incentivo, um gesto de compreensão, uma atitude de amor (Autor Desconhecido).

Agradeço, primeiramente, a Deus pela minha vida e por ter me concedido o dom de cuidar, como também a oportunidade de estudar, desenvolver e aprofundar minhas habilidades para, assim, conquistar meu objetivo.

Agradeço aos meus pais, Roselei e Claudio, e à minha irmã Bianca. Vocês são o meu “porto seguro”. Obrigada por tudo! Obrigada mãe, por ter me dado à luz e me guiado pelas minhas escolhas sempre. Obrigada pai, és um exemplo de pessoa para mim, trabalhador e honesto. Obrigada mana, minha eterna companheira.

Agradeço aos meus avós maternos, Iria e Astor, pelo cuidado, incentivo e carinho. À minha avó paterna, Cenira, pelas orações e apoio, e ao meu avô paterno, Ramiro (*in memoriam*), mesmo que eu não lhe veja, posso sentir sua presença em minhas lutas e vitórias, saudades eternas vô!

Agradeço aos meus familiares que sempre me apoiaram e acreditaram em mim e nunca duvidaram da minha capacidade. Agradeço ao meu afilhado Lucas, você trouxe alegria e leveza à vida de sua dinda.

Agradeço também a minha orientadora, Professora Ingre Paz, profissional e pessoa a qual admiro. Ter sido aceita como sua orientanda foi um privilégio para mim, obrigada pelos ensinamentos, incentivo, por acreditar e confiar em mim e no meu potencial.

Agradeço a todos os meus mestres da faculdade, profissionais e pessoas que contribuíram de uma forma ou de outra na minha jornada acadêmica. Por fim, não poderia deixar de agradecer a todos os meus pacientes e seus familiares por terem confiado a mim suas vidas.

*A todos vocês que compartilharam comigo cada momento durante estes cinco anos, fizeram do meu sonho o “seu”, dedico a vocês a minha, ou melhor, a nossa vitória.*

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Perfil do cuidador	9
Tabela 2- Características da criança	10
Tabela 3- Dados sobre a alta hospitalar	11

## SUMÁRIO

<b>ARTIGO ORIGINAL .....</b>	<b>1</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>OBJETIVO .....</b>	<b>7</b>
<b>MÉTODOS .....</b>	<b>8</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>9</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXO A- Projeto de Pesquisa.....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXO B- Normas para Publicação em Revista Científica.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO C- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>55</b>



**ARTIGO ORIGINAL**

**A SEGURANÇA DA CRIANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS APÓS A ALTA  
HOSPITALAR.**

**THE SECURITY OF CHILD IN USE OF MEDICINES AFTER THE DISCHARGE  
FROM HOSPITAL.**

**LA SEGURIDAD DE LA NIÑO EN USO DE MEDICAMENTOS DESPUÉS LA ALTA  
HOSPITALAR.**

**AUTORES****Bruna Letícia da Silva**

Acadêmica de Enfermagem. Departamento de Enfermagem e Odontologia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul - RS, Brasil. Endereço Residencial: Corredor Zanetti, 1245.

Contato: (51) 9704-3284; brunaleticia@mx2.unisc.br; bruna\_bls94@hotmail.com

**Ingre Paz**

Mestre em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem e Odontologia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul - RS, Brasil.

Monografia para obtenção de título em Bacharel em Enfermagem. Autor (a): Bruna Letícia da Silva, 2016, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar o entendimento do cuidador quanto à forma de administração dos medicamentos prescritos para a alta hospitalar pediátrica. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, exploratório e descritivo, com aplicação de formulário fechado. Após, os dados foram tabulados e lançados em um *software* estatístico. **Resultados:** Participaram do estudo 40 (100%) cuidadores, com idade igual ou maior que 18 anos. Dentre os sujeitos da pesquisa, 36 (90%) dos cuidadores eram a mãe da criança, 16 (40%) das crianças estavam em processo de alta hospitalar e tinham de zero a um ano de idade. Quanto à alta hospitalar, prevaleceu a figura do médico nas orientações com 40 (100%). Quando questionados sobre as reações adversas, a maioria, 27 (67,5%) não sabiam quais reações adversas a medicação poderia causar. **Conclusão:** Pode-se verificar na pesquisa que os cuidadores possuem entendimento quanto à forma de administração dos medicamentos prescritos para alta hospitalar pediátrica.

**DESCRITORES:** SEGURANÇA DO PACIENTE; SAÚDE DA CRIANÇA; USO DE MEDICAMENTOS;

**ABSTRACT**

**Objective:** Analyze the understanding of caregiver as to form of administration of medicines prescribed for discharge from pediatric hospital. **Methods:** It is a study of quantitative character, exploratory and descriptive, with application of closed form. After, the data were tabbed and launched in statistical software. **Results:** Participated the study 40 (100%) caregivers, with age equal or greater than 18 years. Among the subjects of the research, 36 (90%) of the caregivers were the mother of child, 16 (40%) of the children they were in process of discharge from hospital and had from zero to one year old. As to discharge from hospital, prevailed the figure of doctor in the guidelines with 40 (100%). When asked about adverse reactions, most, 27 (67,5%) did not know what adverse reactions the medication could cause. **Conclusion:** It can be verified in the research that the caregivers have understanding as to form of administration of medicines prescribed for discharge from pediatric hospital.

**KEYWORDS:** SAFETY OF PATIENT; HEALTH OF CHILD; USE OF MEDICINES

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el entendimiento del cuidador cuanto la manera de administración de los medicamentos recetados para la alta hospitalar pediátrico. **Métodos:** Se trata de un estudio de carácter cuantitativo, exploratorio y descriptivo, con aplicación de formulario cerrado. Después, los datos fueron tabulados y lanzado em el *software* estadístico. **Resultados:** Participaron del estudio 40 (100%) cuidadores, con edade igual o mayor que 18 años. Entre los sujetos de la búsqueda, 36 (90%) de los cuidadores eran la madre del niño, 16 (40%) de los niños estabam en processo de alta hospitalar y tenía cero a un año de edad. cuanto la alta hospitalar, prevalecido la figura del médico en las directrices con 40 (100%). Cuando cuestionados sobre las reacciones adversos, la mayoría, 27 (67,5%) no sabían cuáles reacciones adversos la medicação podría causar. **Conclusión:** Se puede comprobar em la búsqueda que los cuidadores tienen entendimiento cuanto la manera de administración de los medicamentos recetados para la alta hospitalar pediátrico.

**PALABRAS CLAVE:** SEGURIDAD DEL PACIENTE; SALUD DEL NIÑO; USO DE MEDICAMIENTOS;

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a preocupação com a segurança do paciente tem ganhado ênfase em nível mundial. A segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar e domiciliar<sup>(1)</sup>.

Os erros de medicação estão entre os eventos adversos mais frequentes na assistência à saúde, e que, em sua maioria, podem ser evitados através do levantamento dos fatores envolvidos nesse processo<sup>(2)</sup>.

A ocorrência de erros e de eventos relacionados ao uso de medicações é possível e tem ocorrido tanto no ambiente hospitalar quanto no domiciliar<sup>(3)</sup>. Os erros ou eventos adversos não acontecem somente em instituições hospitalares. Eles ocorrem também a domicílio, principalmente com as crianças que fazem parte de um grupo que se encontra exposto, tornando-se mais vulnerável à ocorrência de incidentes.

Os eventos adversos mais prevalentes na infância são os erros de medicação<sup>(4)</sup>, o que é preocupante, pois em crianças, as consequências podem ser mais graves do que em adultos, já que ela se encontra em processo de desenvolvimento, crescimento e amadurecimento funcional.

A alta hospitalar vem acontecendo precocemente. Isso ocorre devido aos altos custos de internação, melhor aproveitamento de leitos e também pela diminuição dos riscos embutidos na hospitalização<sup>(5)</sup>, como, por exemplo, riscos de infecção e de possíveis incidentes os quais a criança estará exposta. Muitas vezes é necessário dar continuidade ao tratamento em âmbito domiciliar sob o cuidado de familiares ou responsáveis.

No momento da alta hospitalar, as crianças recebem uma prescrição médica ou ainda receita médica contendo orientação de uso, efetuada por um profissional legalmente habilitado para fazer uso a domicílio por determinado período, com o intuito de conclusão do tratamento. Os familiares ou responsáveis se sentem por muitas vezes incapacitados e inseguros para assumir tal responsabilidade. Isso poderá deixar a criança vulnerável a erros, como também tornar o tratamento ineficiente, podendo provocar uma reinternação.

Nessa perspectiva, algumas questões nortearam o desenvolvimento dessa investigação, tais como: estão sendo realizadas orientações aos pacientes internados na unidade de internação

pediátrica sobre a administração de medicamentos na alta hospitalar? Qual o entendimento do cuidador em relação aos receituários e sobre as medicações prescritas?

Dessa forma, perante o cenário atual, acreditamos oportuna a iniciativa de analisar o processo de alta hospitalar junto ao paciente e cuidador, bem como evitar os eventos adversos, tendo em vista que essa mudança poderá aprimorar a segurança da criança e de seu cuidador após a alta hospitalar.

**OBJETIVO**

Analisar o entendimento do cuidador quanto à forma de administração dos medicamentos prescritos para a alta hospitalar pediátrica.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, exploratório e descritivo. A pesquisa foi desenvolvida na unidade de internação pediátrica do principal centro de saúde do Vale do Rio Pardo, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), a qual é constituída por 232 leitos, dos quais 43 são destinados ao atendimento de pacientes de zero a 12 anos.

A coleta de dados ocorreu no período de 15 de agosto a 15 de outubro de 2016, na unidade de internação pediátrica, sendo realizada no turno da tarde em todos os dias úteis. Utilizou-se como critério de inclusão para a pesquisa cuidadores com idade igual ou superior a 18 anos, tendo como critério de exclusão cuidadores menores de 18 anos.

O estudo seguiu todos os preceitos éticos contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (466/12) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP/UNISC), através do Parecer Consubstanciado nº 1.625.389, na data de 06 de julho de 2016. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a preservação da identidade dos participantes foi garantida em todos os momentos da pesquisa.

Após a leitura e a assinatura do TCLE, foi aplicado o formulário fechado para a coleta de dados, o qual observou dados sobre o cuidador, sobre a criança e sobre a alta hospitalar. Após a aplicação do mesmo, as informações foram tabuladas em um banco de dados eletrônico no programa *Microsoft® Excel 2010* (Sistema Operacional *Windows 2010*, *Microsoft Corporation Inc.*) e lançados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v. 20.0)*.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 40 cuidadores de crianças em processo de alta hospitalar. Os dados foram agrupados em três categorias. Na primeira categoria, buscamos traçar o perfil dos participantes do estudo, nesse caso, os cuidadores, assim como conhecer as características dos sujeitos, pois, dessa forma, podemos obter o conhecimento do contexto no qual a criança está inserida. Na segunda categoria, procuramos caracterizar os principais dados sobre a hospitalização da criança, como o motivo e/ou causa da internação e o tempo de permanência. Já na terceira categoria, buscamos analisar os dados da alta hospitalar. Os valores encontrados serão expressos em números absolutos e percentuais.

### Primeira categoria: traçando o perfil do cuidador.

Tabela 1: Perfil do cuidador.

	Respostas	%
Cuidador	Mãe	90
Idade	25 a 35 anos	50
Escolaridade	Ensino superior completo	27,5
Trabalha	Sim	72,5
Renda Familiar Mensal	Superior a R\$ 1.500	62,5
Benefício	Não	85
Cidade	Santa Cruz do Sul	90
Área	Urbana	95
Casa própria	Sim	82,5
Nº de Moradores	4	42,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os sujeitos da pesquisa, 36 (90%) dos cuidadores eram mães da criança, somente um (2,5%) era o pai e três (7,5%) eram outros, sendo que 20 (50%) cuidadores possuíam entre 25 a 35 anos, 14 (35%) tinham idade a partir de 36 anos e seis (15%) entre 18 a 24 anos.

Em relação à escolaridade e/ou grau de instrução, 11 (27,5%) dos cuidadores possuíam 3º grau completo, seguido de dez (25%) com 2º grau incompleto e nove (22,5%) com 2º grau completo.

Em relação à atividade profissional, 29 (72,5%) dos cuidadores trabalhavam e 11 (27,5%) não possuíam ocupação. Além disso, 25 (62,5%) cuidadores declararam ter renda familiar mensal superior a R\$ 1.500, seguido de sete (17,5%) com renda familiar entre R\$ 900 e R\$ 1.500, quatro (10%) entre R\$ 600 e R\$ 900 e quatro (10%) afirmaram que não sabiam o valor da renda familiar mensal. Apenas seis (15%) dos participantes da pesquisa recebiam algum tipo de benefício.

Quanto à moradia, 36 (90%) dos participantes moravam em Santa Cruz do Sul e apenas quatro (10%) em outras cidades. Estabeleciam moradia na área urbana 38 (95%) participantes e apenas duas (5%) na área rural. Possuíam casa própria 33 (82,5%) dos cuidadores e apenas sete (17,5%) não moravam em casa própria. O número de pessoas que moravam na residência que mais prevaleceu foi de quatro moradores, com 17 (42,5%), 12 (30%) com três moradores, 10 (25%) com outros e apenas um (2,5%) com dois moradores.

### **Segunda categoria: características da criança.**

Tabela 2: Características da criança.

	Respostas	%
Idade	0 a 1 ano	40
Problema/Causa da internação	Outros (Pós operatórios e disfunções geniturinárias)	47,5
Tempo de internação	1 dia	35
Reinternações em 1 ano	Outros	55
Uso de medicamentos contínuos	Não	65
Alterações no desenvolvimento	Não	82,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre as crianças em processo de alta hospitalar, 16 (40%) tinham entre zero e um ano de idade, 10 (25%) tinham entre dois e três anos, oito (20%) entre seis e 10 anos, cinco (12,5%) outra idade (maiores de 11 anos) e apenas um (2,5%) entre quatro e cinco anos de idade.

Quanto às causas de internação, prevaleceu a opção outros, com 19 (47,5%) crianças, sendo que nesta opção se incluem 15 internações de pós-operatórios e quatro internações com disfunções do trato geniturinário. Em 15 (37,5%), os motivos de internação foram os problemas respiratórios e em seis (15%) os problemas gastrointestinais foram destacados como a causa da internação.

O tempo de internação que prevaleceu foi de um dia para 14 (35%) crianças, 12 (30%) de um a três dias de internação, oito (20%) de um a sete dias, três (7,5%) um a 14 dias e três (7,5%) tiveram tempo de internação maior do que 14 dias.

Quando questionados quanto à reinternação da criança em um ano, 22 (55%) cuidadores responderam outros, prevalecendo a resposta verbal de nenhuma internação no ano de 2016, sete (17,5%) responderam que era a segunda, seis (15%) a primeira e cinco (12,5%) a terceira reinternação.

Em relação ao uso de medicações contínuas, 26 (65%) crianças não faziam o uso e 14 (35%) utilizavam medicamentos de uso contínuo. Apenas sete (17,5%) das crianças possuíam alterações no desenvolvimento, sendo que delas, três (7,5%) possuíam alterações psicomotoras, três (7,5%) malformações congênitas e uma (2,5%) alteração comportamental.

### **Terceira categoria: dados sobre a alta hospitalar.**

Tabela 3: Dados sobre a alta hospitalar.

	Respostas	%
Significado do receituário	Sim	97,5
Consegue entender o receituário	Sim	100
Conhece a medicação prescrita	Sim	75
Sabe a dosagem a ser administrada	Sim	97,5
Foi orientado como se administra	Sim	85
Via de administração	Oral	77,5
Horários	Sim	85
Reações adversas	Não	67,5
Quem vai administrar	Mãe	95
Acesso à medicação gratuitamente	Não	70
Quem orientou a alta	Médico	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Quando questionados sobre terem recebido orientação quanto à administração, 38 (85%) cuidadores afirmaram que receberam orientações, prevalecendo a figura do médico nas orientações, com 40 (100%).

Questionados sobre o conhecimento sobre o receituário, a maioria, 39 (97,5%), respondeu que sim, sabia o que era o receituário. Todos os 40 (100%) cuidadores responderam que tinham entendido o receituário.

Em relação à medicação prescrita para a criança fazer uso após a alta hospitalar, 30 (75%) declararam que conheciam a medicação prescrita, apenas 10 (25%) não conheciam a mesma. Quando questionados sobre as reações adversas que a medicação poderia causar, a maioria, 27 (67,5%), não conhecia e 13 (32,5%) declararam que sim, tinham conhecimento sobre as reações adversas.

Sobre a dose a ser administrada, 39 (97,5%) sabiam a dosagem da medicação. Como via de administração, prevaleceu a via oral em 31 (77,5%) dos casos, seguida de outras vias com quatro (10%), em uso concomitante de duas vias. Quanto ao horário da medicação, 34 (85%) sabiam o horário e seis (15%) não sabiam ainda quais os horários que iriam aplicar a medicação.

Quanto à administração do medicamento, 38 (95%) cuidadores responderam que a medicação seria oferecida pela mãe, e dois (5%) disseram que seriam outras pessoas. Sobre a possibilidade de ter acesso à medicação gratuitamente, apenas 12 (30%) dos participantes afirmou conhecer, sendo que o restante, 28 (70%), disse não ter acesso ao medicamento gratuito.

## DISCUSSÃO

A segurança do paciente é definida como a prevenção de erros na atenção à saúde e na redução das repercussões desses na vida e na saúde dos pacientes. É influenciada pelo ambiente de trabalho, dimensionamento dos profissionais envolvidos, questões individuais e coletivas dos trabalhadores, aspectos institucionais, entre outros<sup>(6)</sup>.

A hospitalização é vista como uma situação delicada na vida de qualquer pessoa e tem maior relevância quando este acontecimento ocorre na infância, pois tal evento ameaça a sua segurança e gera ansiedade, o que não é diferente da alta hospitalar.

Os pacientes pediátricos podem estar especialmente vulneráveis a danos após a alta hospitalar, principalmente por se tratar de um processo de transferência, momento gerador de um misto de sentimentos para os cuidadores, que oscilam entre momentos de alegria, de ansiedade, de preocupação e de receio.

Os cuidadores serão os responsáveis no sentido de acompanhar a criança e em dar continuidade ao tratamento a domicílio. Mediante tal responsabilidade, precisam estar preparados para assumir a tarefa.

Como podemos verificar na pesquisa, prevalece a figura da mãe como cuidadora e como a pessoa a qual irá oferecer a medicação após a alta hospitalar. A presença da mãe durante o processo de hospitalização e após alta hospitalar é entendida como forma de proteção, fazendo com que a criança seja menos subjugada pelas experiências. Ao mesmo tempo, a mãe é fonte de segurança e carinho, pois ela consegue facilmente perceber a evolução do estado de saúde da criança, ou seja, é a maior conhecedora do seu filho. Portanto, podemos compreender que o grau de parentesco do acompanhante compromete o processo de cuidar, pois passa a ser considerado como ferramenta essencial para a continuidade no cuidado<sup>(7)</sup>.

Quanto à idade da criança, ficou evidenciado que prevalece a faixa etária de zero a um ano de idade. Nessa faixa etária, a criança se encontra mais exposta a adquirir doenças devido à imaturidade imunológica, ao calendário vacinal incompleto, ao aleitamento materno interrompido e à nutrição inadequada. Esses fatores relacionados promovem a debilidade do organismo, propiciando a instalação e o desenvolvimento do processo infeccioso na criança<sup>(8)</sup>.

Identificamos, por meio do presente estudo, que o número de reinternações em um ano são consideráveis, o que denota falha no cuidado em algum momento após a alta hospitalar, como também falha na assistência ou interferência de determinantes sociais no processo de recuperação da saúde.

As reinternações na infância são um problema frequente. Estudos têm apontado que as reinternações acontecem pelo despreparo do paciente ou da família sobre cuidados a serem executados no domicílio, como a dificuldade na administração de medicamentos, assim como em relação a mudanças no estilo de vida<sup>(9)</sup>.

Os participantes da pesquisa apontaram que estão sendo orientados quanto à alta hospitalar. Entretanto, questionamos sobre a qualidade que essas orientações estão sendo explanadas. Decorre que uma orientação com qualidade assegura a continuidade dos cuidados, minimiza a insegurança do cuidador, contribui para a recuperação e evita reinternações.

A orientação ainda é vista como um instrumento voltado para uma dimensão individual, sendo utilizada para garantir a continuidade do cuidado<sup>(10)</sup>. O objetivo da orientação, no entanto, é garantir a segurança do paciente, nesse caso a criança, para que assim ocorra a prevenção de futuros erros no cuidado a domicílio e a redução das repercussões desses na vida e na saúde delas<sup>(6)</sup>.

Um estudo de revisão integrativa, realizado nas bases de dados Scielo e Bireme, apontou que a orientação para a alta hospitalar deve começar no momento da admissão da criança na unidade e continuar durante o período de internação. Já na alta hospitalar, deve-se reforçar as orientações, evitando, assim, que o excesso de informações sobrecarregue e impossibilite o processo de compreensão do cuidador<sup>(9)</sup>.

A maioria dos participantes da pesquisa informou que não sabia ou não foi informado quanto às possíveis reações adversas que a medicação prescrita poderia causar. Os cuidadores necessitam ser instruídos sobre as reações adversas, assim como precauções e condutas a seguirem quando estas ocorrerem, para saber se é necessário interromper o uso do medicamento ou ainda procurar atendimento em emergências<sup>(11)</sup>. O fornecimento adequado dessas informações aos cuidadores aumenta a segurança e o controle sobre os efeitos dos medicamentos.

O cuidador deve ser orientado principalmente quanto à administração de medicamentos após a alta hospitalar, pois um cuidador despreparado, sem o conhecimento sobre a dose, sobre a via, sobre os horários da medicação e sobre suas possíveis reações, pode deixar a criança mais

vulnerável à ocorrência de complicações, comprometendo a sua segurança, tornando o tratamento ineficiente, podendo ocasionar uma reinternação pelo mesmo problema, ou ainda resultar em uma superdosagem da medicação.

Para analisarmos o entendimento real que o cuidador teve sobre as orientações, podemos utilizar o método de *feedback*, onde o mesmo verbaliza o que entendeu após as orientações dos profissionais. Assim sendo, se ele interpretou de maneira errônea, captou parte da informação ou ainda surgiu alguma dúvida, o profissional poderá esclarecê-las.

Os profissionais de saúde devem se assegurar de que o cuidador compreendeu as orientações ministradas. Da mesma forma, solicitar que ele as repita se constitui em uma medida eficaz para o alcance deste objetivo<sup>(12)</sup>.

Além das informações verbais, também é necessário que sejam disponibilizadas orientações escritas para fornecer aporte ao cuidador, favorecendo a adesão ao tratamento. Nesta instituição, os materiais escritos disponibilizados foram o receituário, que contém a prescrição das medicações que a criança deverá fazer uso após a alta hospitalar, assim como a nota de alta, documento que sintetiza, com termos técnicos, o período de internação, sendo que ambos são fornecidos pelo médico.

Evidenciou-se na presente pesquisa, que a figura do médico prevalece dentre os profissionais que orientam a alta hospitalar nesta instituição. Por se tratar de uma instituição de ensino, os residentes e acadêmicos de Medicina também participam desse processo.

A pesquisa revelou, ainda, a ausência do enfermeiro no momento da alta hospitalar. Apoiar o processo de alta hospitalar corresponde a uma das dimensões da assistência do enfermeiro, já que é sua atribuição se envolver na alta da criança e promover a continuidade de uma assistência integrada e comprometida<sup>(10)</sup>.

O enfermeiro é o profissional de saúde capacitado durante sua formação para realizar orientações e ações educativas em saúde<sup>(13)</sup>, além de ser o profissional mais próximo da criança e de sua família. Além do mais, é o elo de ligação entre os outros membros da equipe multiprofissional<sup>(14)</sup>. Por esse motivo, ele deve fornecer aos pacientes, seus familiares e acompanhantes as orientações necessárias para a prevenção de doença, promoção e manutenção da saúde.

Um estudo realizado em um hospital-escola do Distrito Federal verificou que os enfermeiros dedicam grande parte do tempo às atividades administrativas, seguidas das atividades assistenciais e relacionadas ao sistema de informação, sendo que quase não desenvolvem atividades educativas direcionada aos pacientes<sup>(15)</sup>.

Outro fator que interfere na participação do enfermeiro é a comunicação da alta sem antecedência, o que dificulta a atuação do profissional em tal momento. Em uma pesquisa realizada com enfermeiras da atenção hospitalar, as mesmas relataram que, geralmente, elas obtêm a informação de alta tardiamente, muitas vezes informadas pelo próprio acompanhante da criança. Isso denota uma falha no trabalho em equipe e na própria concepção acerca do processo de alta, ainda tomado como alta médica, limitando as ações de enfermagem<sup>(10)</sup>.

O ideal seria a comunicação da alta hospitalar com antecedência pelo médico ao enfermeiro, para que, assim, o mesmo possa se organizar para avaliar as necessidades da criança, a autonomia e as habilidades do cuidador para a prestação de cuidados seguros após a alta.

O planejamento de alta é considerado importante no processo de sistematização da assistência de enfermagem que direciona o plano e a implementação das ações no decorrer do período entre a admissão e a alta hospitalar, com finalidade de prever a continuidade do cuidado do cliente no domicílio<sup>(16)</sup>.

Dentro do planejamento de alta hospitalar, o enfermeiro deve elaborar o “plano de alta”, instrumento que tem como finalidade organizar e descrever as condições do paciente durante a hospitalização, assim como desenvolver o plano de cuidados a serem seguidos após saída da criança do hospital, a fim de dar sequência ao que já estava sendo realizado no hospital.

O planejamento e o plano de alta não são suficientes para proporcionar um cuidado seguro após a alta. É preciso, ainda, que a criança e o cuidador encontrem suporte em sua comunidade, na rede de atenção básica à saúde. Para isso, é necessário que o enfermeiro realize a contrarreferência, ou seja, o contato com a unidade de saúde mais próxima do domicílio da criança e de seu cuidador, expondo o caso aos profissionais da atenção básica.

O processo de uso de medicamentos após a alta hospitalar com foco na segurança do paciente é complexo e envolve múltiplas ações. A articulação entre os serviços de saúde possibilita o desenvolvimento de uma linha de cuidado para a segurança do paciente, contribuindo para a integralidade do cuidado<sup>(17)</sup>.

É imprescindível que ocorra a sequência do cuidado, garantindo a integralidade da assistência, que pode ser construída a partir da capacitação dos profissionais e dos serviços de saúde interagirem com os usuários. Os profissionais são os responsáveis pela integração, possibilitando a continuidade das ações da atenção à saúde<sup>(18)</sup>.

Na unidade de internação pediátrica da instituição hospitalar onde foi desenvolvida a presente pesquisa, não ocorre a contrarreferência. Em alguns casos como doenças crônicas, os médicos, residentes e/ou acadêmicos de Medicina realizam um encaminhamento para o ambulatório acadêmico do curso de Medicina, que fica em anexo à instituição hospitalar, onde os cuidadores são orientados a procurarem o serviço, possuindo uma nota de encaminhamento para marcação de avaliações.

## CONCLUSÃO

Pode-se verificar na pesquisa que os cuidadores possuem entendimento quanto à forma de administração dos medicamentos prescritos para a alta hospitalar pediátrica. Para comprovar a totalidade da segurança da criança deveríamos obter dos 40 cuidadores respostas afirmativas quanto ao conhecimento sobre a forma de administração dos medicamentos.

O método *feedback* citado nessa pesquisa não foi utilizado, pois, de acordo com a metodologia, não se interferiu na coleta de dados. Dessa forma, sugere-se que esse método seja aplicado em outras pesquisas que envolvam o tema, para que, assim, possa-se ter evidência do real entendimento do cuidador.

Acreditamos oportunas as orientações quanto ao tratamento medicamentoso fornecido ao cuidador durante a internação e na alta hospitalar, pois entende-se que esta contribui para a garantia da segurança da criança e para a prevenção de erros de medicação a domicílio.

A realização desse estudo possibilitou a identificação de lacunas existentes no processo de alta hospitalar da criança, situações essas que necessitam ser estudadas para que mudanças ocorram no processo de trabalho em saúde.

É fundamental que o enfermeiro insira em seu cotidiano de trabalho as práticas de educação em saúde durante o período de hospitalização, como também participe do processo de alta hospitalar da criança. Possibilitando, o retorno da criança e de seu cuidador ao domicílio de forma segura, garantindo desta forma a continuidade do cuidado, a eficiência do tratamento medicamentoso, além de contribuir para o reestabelecimento da saúde desta criança e evitar possíveis reinternações.

## REFERÊNCIAS

1. Rigobello MCG, Carvalho REFL, Cassiani SHB, Galon, T, Capucho HC, Deus NN. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2012;25(5):728-35 [acesso 12 out 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000500013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500013)
2. Forte ECN, Machado FL, Pires, DEP. A relação da enfermagem com os erros de medicação: uma revisão integrativa. *Cogitare Enferm* [Internet] , 2016; 21: 01-10 [acesso 21 out 2016]. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43324>
3. Dias SRS, Silva ACA, Silva JF, Santos LRO, Avelino FVSD. Boas práticas para a segurança do paciente: revisão integrativa. Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, [Internet] 2014 [acesso 11 out 2016]. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I52927.E12.T10104.D8AP.pdf>
4. Wegner W, Pedro ENR. A segurança do paciente nas circunstâncias do cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. *Rev Latinoam de Enferm*. [Internet] 2012;20(3):427-434 [acesso 14 set 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a02v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf)
5. Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill MAM. O processo de recuperação da criança após a alta hospitalar: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm* [Internet] 2010;23(6):837-42 [acesso 15 ago 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/19.pdf>
6. Schatkoski AM, Wegner W, Algeri S, Pedro ENR. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, [Internet] 2009;17(3):410-416 [acesso 04 set 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300020&lng=en&nrm=iso)

7. Quirino DD, Collet, N, Nevez AFGB. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev Gaúcha Enferm.*, [Internet] 2010; 31(2):300-6 [acesso 6 nov 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n2/14.pdf>
8. Rosa MSO, Richter AMH, Bercini RR. Como proteger a criança de 0 a 24 meses contra infecção. *Rev. Bras. Enferm* [Internet] 1979; 32 (3): 271-295 [acesso 16 nov 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v32n3/0034-7167-reben-32-03-0271.pdf>
9. Martins AC, Silva J, Ferraz L. Orientações de enfermagem na alta hospitalar: contribuições para o paciente e cuidadores. *Convibra*, [Internet] 2013 [acesso 20 set 2016]. Disponível em: [http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/70/2013\\_70\\_7857.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/70/2013_70_7857.pdf)
10. Silva RVGO, Ramos FRS. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet] 2011;32(2) [acesso 13 ago 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200014&script=sci_arttext)
11. Marques LFG, Furtado IC, Mônaco LCRD, Oliveira GSA. Orientação para alta hospitalar. *Rev Pesq Inov Farm* [Internet] 2011;3(1):36-42 [acesso 30 ago 2016]. Disponível em: [www.pgskroton.com.br/seer/index.php/RPInF/article/download/59/54](http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/RPInF/article/download/59/54)
12. Miasso AI, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* [Internet], 2005;39(2):136-44 [acesso 28 out 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342005000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200003)
13. Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC, Silvino ZR. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE* [Internet], 2013;7: 7151-9 [acesso 30 ago 2016]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3968/8170>

14. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti, NAA. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Rev Acta Paul Enferm* [Internet] 2007; 20 (3):345-50 [acesso 04 set 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt\\_a17v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf)
15. Costa RA, Shimizu HE. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital escola. *Rev Latinoam Enfermagem* [Internet], 2005;13 (5): 654-62 [acesso 13 ago 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a08.pdf>
16. Pereira APS, Tessarini MM, Pinto MH, Oliveira VDC. Alta hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. *Rev. enferm. UERJ* [Internet] 2007;15(1):40-45 [acesso 04 set 2016]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14464&indexSearch=ID>
17. Marques LFG, Lieber NSR. Estratégia para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. *Rev. Saúde Coletiva* [Internet], 2014;24 (2): 401-420 [acesso 12 ago 2016].. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000200401&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000200401&script=sci_arttext)
18. Mahle C. A busca pela integralidade na atenção à saúde da criança: uma experiência acadêmica. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem. Universidade de Santa Cruz do Sul, 2011.

**ANEXO A- Projeto de Pesquisa**

**CURSO DE ENFERMAGEM**

Bruna Letícia da Silva

**A SEGURANÇA DA CRIANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS APÓS A ALTA  
HOSPITALAR.**

SANTA CRUZ DO SUL

2016

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA  
CURSO DE ENFERMAGEM

Bruna Letícia da Silva

**A SEGURANÇA DA CRIANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS APÓS A ALTA  
HOSPITALAR.**

Projeto de pesquisa elaborado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, do 9º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade de Santa Cruz do Sul.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Ingre Paz

SANTA CRUZ DO SUL

2016

## 1. INTRODUÇÃO AO TEMA.

A hospitalização é uma situação delicada na vida de qualquer pessoa e tem maior relevância quando este acontecimento ocorre na infância, é uma experiência crítica para a criança e para sua família, geradora de ansiedade, estresse e insegurança.

Para Fonseca (2013), a hospitalização na infância pode configurar-se como uma experiência potencialmente traumática, pois afasta a criança de seu cotidiano e do ambiente familiar.

Após a inserção do acompanhante na hospitalização infantil, garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90 o cuidado passou a assistir não apenas à criança, mas a envolver seu universo relacional e social, de modo a considerar a criança e a família como um só cliente (FAQUINELLO apud QUIRINO et al, 2010).

Desde então, a família passou a ser compreendida segundo Miasso and Cassiani (2005) como uma extensão do paciente, já que este encontra-se inserido em um contexto social e familiar. Sendo assim, a família começou a ser inserida nos cuidados ainda dentro da instituição hospitalar mudando a modalidade de assistência, onde o foco é a família e não mais a criança e sua patologia.

Sabemos que atualmente os incidentes ocorridos durante a assistência em saúde tem ganhado espaço nos veículos de comunicação do país. Devido a estes episódios, principalmente os familiares (quando se trata de atendimento a criança) ficam inseguros no ambiente hospitalar, questionando muitas vezes a assistência prestada.

Estes incidentes, também conhecidos como erros ou ainda eventos adversos (que podem ser de natureza física, social ou psicológica) colocam a prova a qualidade da assistência e, em risco, a segurança da criança.

Segundo Wegner and Pedro (2012), os eventos adversos mais prevalentes na infância são os erros de medicação. O que é preocupante, pois em crianças, as consequências podem ser mais graves do que em adultos, devido a imaturidade funcional, que as deixam mais vulneráveis aos danos.

Os eventos adversos relacionados à administração de medicamentos após a alta hospitalar podem ocorrer a domicílio. Sabe-se que muitas vezes o paciente recebe alta hospitalar com a prescrição de um grande número de medicamentos necessários à continuidade do seu tratamento, podendo assim provocar confusão e erros (MIASSO AND CASSIANI, 2005).

Outro motivo que pode acarretar erros quanto a administração de medicações após a alta hospitalar é a interpretação errônea do receituário devido à grafia dos profissionais que prescreveram a medicação. Capucho et al. (2011), defendem que o requisito mais importante para a prescrição é que ela seja legível, clara e indique precisamente o que deve ser fornecido ao paciente.

Para isso é importante que o cuidador seja orientado na admissão, durante a internação e na alta hospitalar sobre o tratamento que a criança será submetida à domicílio.

O enfermeiro é o profissional de saúde capacitado durante sua formação para realizar ações educativas e de saúde, por isso o mesmo deve fornecer aos pacientes, seus familiares e acompanhantes as orientações necessárias para a prevenção de doença, promoção e manutenção da saúde.

Contudo, para isto acontecer, o enfermeiro deve realizar o planejamento de alta hospitalar, que segundo Foust (2007), citado por Suzuki et al (2011), este tem a finalidade de dar continuidade à assistência no domicílio. A fim de evitar que ocorra erros ou reinternações, as equipes de atenção básica e hospitalar devem trabalhar em conjunto para a resolução do problema e para garantir a saúde e bem estar da criança, família e comunidade.

Para isso, o enfermeiro deve entrar em contato com a atenção básica para solicitar acompanhamento da criança na sua comunidade após alta hospitalar, garantindo um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, ou seja, a integralidade da assistência (SILVA AND RAMOS, 2011).

Mediante a situação de alta hospitalar, o paciente deverá ser acompanhado quanto à adesão a terapia medicamentosa por meio de visita domiciliar e/ou ligação telefônica, auxiliando na continuidade do tratamento e evitando erros e possíveis re-internações hospitalares (ANDRIETTA et al., 2011).

Justifica-se a construção deste projeto de pesquisa a partir da experiência vivida pela autora na disciplina prática de Enfermagem no Processo de Cuidar, Unidade de Clínica

Pediátrica onde começou o processo de reflexão e observação dos profissionais da saúde como agentes de transformações, sujeitos capazes de modificar a realidade cotidiana bem como a vulnerabilidade a erros que as crianças, familiares e/ou acompanhantes vem enfrentando no “mundo” do hospital e após a alta hospitalar.

Nesta perspectiva, tivemos o seguinte questionamento: Está sendo realizado orientações sobre a administração dos medicamentos a pacientes internados na Unidade Pediátrica durante a alta hospitalar? Qual o entendimento do cuidador sobre os receituários e sobre as medicações prescritas?

Acreditamos oportuna a iniciativa de analisar o processo de alta junto ao paciente e o cuidador na alta hospitalar, bem como evitar os eventos adversos, tendo em vista que esta mudança poderá aprimorar a segurança da criança e de seu cuidador após alta hospitalar.

## **2. OBJETIVO GERAL.**

Analisar o entendimento do cuidador quanto a forma de administração dos medicamentos prescritos para alta hospitalar pediátrica.

### **3. MARCO TEÓRICO.**

#### **3.1 Hospitalização infantil: um resgate histórico.**

A assistência à criança hospitalizada tem passado por transformações onde o cuidado se tornou mais amplo. Registros antigos revelam que hospitais de crianças ou setores exclusivos para estas eram raros, sendo assim as crianças eram hospitalizadas junto a adultos gravemente enfermos.

Nesta época a criança não era valorizada pela família, já que segundo Aries (1981) citado por Thomazine et al. (2008) não existia o sentimento de infância, ou melhor, não existia particularidade que diferenciasse essencialmente as crianças dos adultos, ou seja, as crianças eram vistas apenas como adultos em miniatura.

Somente a partir do século XVI que a compreensão do ser criança começou a ser entendida e no século XVII ela adquiriu importância dentro da família e da sociedade.

Com o surgimento da escolarização, a criança começou a receber dos pais uma atenção merecida. Ocorreu então a modificação dos conceitos sociais, que segundo Thomazine et al. (2008) aconteceram devido a organização social, pelo valor e significado que a sociedade deu à criança, pelo desenvolvimento da medicina e pela incorporação das ciências humana e sociais na formação dos profissionais de saúde.

A reorganização da assistência à criança foi tema do Relatório de Platt, no ano de 1959, no Reino Unido. O relatório de Platt foi elaborado por um comitê de bem estar da criança e teve como objetivo refletir e debater a problemática da hospitalização infantil.

Este relatório surgiu para alertar sobretudo, para as condições de privação e isolamento físico e social, tão nocivos ao desenvolvimento motor e emocional da criança, apontando, entre outras diretrizes, a visita aberta e a admissão da mãe junto à criança, no intuito de evitar problemas, minimizando a ruptura familiar no hospital (MINISTRY OF HEALTH apud CRISTO et al, 2005, pg. 27).

A partir deste momento, ocorreram mudanças a nível mundial, e a hospitalização sofreu transformações significativas, onde a prática individualizada, rígida, inflexível, patológica e fragmentada passou a ser remodelada para uma assistência com abordagem holística, humanizada e integral.

O cuidado integral consiste em olhar a criança dentro da complexidade que ela está inserida, considerando a interação e relação com sua estrutura familiar, social e ambiental.

Segundo Motta et al (2012), o cuidar da criança não deve se restringir ao corpo físico, deve contemplar também o biológicos e principalmente o espiritual. Afinal, cuidamos de um indivíduo, um ser holístico e único, que sente dor, medo, que chora, grita, nega, que apresenta resiliência, somatiza, que é sensível e compreensivo. É preciso assim, valorizar a criança como um ser em construção.

Com este intuito, surgiu no ano de 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), um conjunto de ações que visou assegurar a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde, deslocando o enfoque de uma assistência baseada em patologias para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de desenvolvimento e crescimento (BRASIL, 1984).

A partir desta experiência, foram ocorrendo outros avanços na saúde da criança hospitalizada. Um desses avanços aconteceu quando os pais foram inseridos no cuidado à criança hospitalizada através do Estatuto da Criança e Adolescente Lei nº 8.069/90 em seu Capítulo I, artigo 12, que dispõe que “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, no caso de internação de crianças ou adolescentes”.

Surgiu então o alojamento conjunto, onde a participação da família durante a hospitalização da criança é primordial. Esta estratégia favorece o atendimento das necessidades da criança e da família, além de permitir à equipe de saúde um maior contato com a família, promovendo o atendimento às necessidades individuais, proporcionando uma assistência mais holística e humanizada à família.

Segundo Gomes et al. (2010), a inserção da família pode ser considerada um dos principais precursores da amenização dos efeitos negativos acarretados pela dor, pelo medo e insegurança advindos da experiência da internação hospitalar.

No ano de 1995, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) aprovou em sua íntegra o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) sob resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995 relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados.

É direito da criança e do adolescente hospitalizado:

- I. Direito e proteção à vida e a saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação.
- II. Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa.

- III. Direito a não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade.
- IV. Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas.
- V. Direito a não ser separado de sua mãe ao nascer.
- VI. Direito a receber aleitamento materno sem restrições.
- VII. Direito a não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.
- VIII. Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário.
- IX. Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do curriculum escolar, durante sua permanência hospitalar.
- X. Direito a que seus pais ou responsáveis participam ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido.
- XI. Direito a receber apoio espiritual e religioso conforme prática de sua família.
- XII. Direito a não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal.
- XIII. Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e ou prevenção secundária e terciária.
- XIV. Direito a proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus tratos.
- XV. Direito ao respeito a sua integridade física, psíquica e moral.
- XVI. Direito a preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais.
- XVII. Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis, ou a sua própria vontade, resguardo-se a ética.
- XVIII. Direito a confidência dos seus dados clínicos, bem como Direito a tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na Instituição, pelo prazo estipulado em lei.
- XIX. Direito a ter seus direitos Constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, respeitados pelos hospitais integralmente.
- XX. Direito a uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Podemos perceber que os progressos que ocorreram nos últimos séculos foram decisivos para a evolução da assistência à criança hospitalizada. Ocorreram mudanças significativas que foram determinadas pela transformação de significado que a sociedade deu à criança.

### **3.2 A criança hospitalizada: interfaces com o cuidado de enfermagem.**

O processo de internação hospitalar para uma criança representa a vivência com um ambiente desconhecido, onde muitos procedimentos e exames necessitam ser realizados, o que pode gerar uma experiência aterrorizante para a criança. Pois, na maioria das vezes não há a explicação sobre o que será realizado, apenas instruções de como agir durante sua execução. Então, elas sentem medo do desconhecido, o que resulta numa criação de situações imaginárias, que através do simbolismo, permite acreditar que suas ideias e pensamentos são reais. (MAHLE, 2011, p. 14).

Além disto, a imagem de doente e a sua condição de passividade irão interferir na elaboração de conceitos, na construção de valores e no crescimento e desenvolvimento da mesma (PAZ, 2011).

A internação é considerada um evento estressor para ela e sua família, pois provoca afastamento de seu cotidiano e de sua rede social. A criança sente-se desamparada, o que pode refletir em reações comportamentais e físicas, dependendo da idade.

Já cuidadores percebem a hospitalização como falta de cuidado deles para/com a criança. Para Almeida e Sabatés (2008) ao internar o filho, os cuidadores percebem a doença e a hospitalização como falha em relação à maternagem, podendo mostrar sinais de ansiedade e sentimento de culpa.

A criança ao ser admitida em uma unidade hospitalar será assistida pela equipe de enfermagem. Sendo assim, o enfermeiro e sua equipe serão os profissionais que estarão mais próximos da criança hospitalizada e de sua família.

Com o envolvimento dos familiares no cuidado à criança hospitalizada, ocorreram alterações na dinâmica de trabalho e nas atividades dos profissionais que ali trabalham.

Mediante esta situação, a enfermagem passou a cuidar da criança e da família, tendo como desafio ser facilitadora na experiência de hospitalização para este binômio, criança-família, ajudando a lidar com problemas, conflitos, medos e ansiedades, ou seja, tornar esta vivência a mais tranquila possível.

Apesar de muitas transformações tecnológicas e sociais que estamos enfrentando, os profissionais de saúde tem como desafio dar suporte adequado a criança e a sua família, um suporte que vai além do olhar focal a doença e sim a todo contexto qual ela está inserida, as relações e interações. Um desafio para os mesmos já que:

Diante da complexidade de que se reveste o assistir a criança, é reconhecido o desafio que compõem essa tarefa, e a diversidade de situações que se apresentam, tendo por consequência a necessidade de humanização e percepção do ser infantil que está sendo assistido durante os cuidados requeridos. (MOTTA et al, 2012, p. 107).

É preciso salientar que o profissional que trabalha em setores pediátricos receba formação e treinamentos que não fiquem restritos à aspectos técnicos, mas que contemple o cuidado integral com enfoque na educação permanente.

A família necessita receber assistência da equipe de enfermagem, pois também é responsável pelo cuidado a criança após ser incluída no cuidado dentro da instituição hospitalar. A assistência para a família precisa ser voltada para o esclarecimento e entendimento sobre o processo de internação e de doença.

O enfermeiro deve estabelecer vínculo com a família e envolve-la no processo de tomada de decisões, como ainda, despertar nos familiares e na criança, a confiança. Segundo Cecim e Carvalho (1997), a confiança estabelecida deve ser muito valorizada [...] aquele que a conquistou é um elo importante entre a criança/pais e demais profissionais.

A inserção dos familiares poderá ainda facilitar a comunicação e relação com a equipe de enfermagem, garantindo assim, um cuidado seguro e de qualidade à criança.

É necessário que o enfermeiro, profissional que administra a assistência, elabore estratégias com a parceria dos pais para desenvolver o cuidado com a criança hospitalizada considerando cada estágio de seu desenvolvimento a fim de suprir as necessidades da mesma, assegurando menores prejuízos ao desenvolvimento da criança.

### **3.3 A enfermagem e a segurança do paciente.**

Em 1863, Florence Nightingale escreveu em sua “Notes on Hospitals”, as palavras latinas “*Primum non nocere*”, traduzidas como “Primeiramente, não cause danos”, indicando que a

segurança do paciente é parte integrante da profissão de enfermagem desde o início da enfermagem moderna. (PEPPER apud CASSIANI, 2005).

Mas enfim, o que é a segurança do paciente? Entende-se por segurança do paciente a redução, ao mínimo aceitável, do risco de danos desnecessários na atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Segundo a OMS, todos os anos milhares de pacientes sofrem lesões incapacitantes ou fatais relacionados a erros e falhas na assistência à saúde.

A partir do ano 2000, a OMS demonstrou preocupação com os dados que se tinha sobre erros e eventos adversos e iniciou a discussão sobre o tema com seus países membros.

Foi então que no ano de 2004, foi criada a Aliança Mundial para Segurança do Paciente que tem como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas para segurança do paciente em todo o mundo.

A Joint Commission International junto com a OMS, com o objetivo de promover melhorias específicas em situações da assistência consideradas de maior risco, propôs seis metas internacionais prioritárias de segurança do paciente:

1. Identificar os pacientes corretamente;
2. Melhorar a eficácia da comunicação;
3. Melhorar a segurança dos medicamentos de alerta elevado;
4. Garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia no paciente correto;
5. Reduzir o risco de infecções associadas ao atendimento médico,
6. Reduzir o risco de lesões causadas por queda do paciente.

Recentemente, o Brasil, através do Ministério da Saúde deu um importante passo ao instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria nº 529, de 1 de Abril de 2013, com o intuito de qualificar o cuidado em saúde em todos estabelecimentos de saúde do Brasil.

O PNSP tem como objetivos:

- Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;
- Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente;
- Ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

- Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e
- Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde.

Ainda no ano de 2013, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a RDC Nº 36 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Porém, o movimento em prol do cuidado seguro no Brasil começou muito antes da implantação do PNSP e RDC nº36. A Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) surgiu no ano de 2008 com a articulação dos profissionais de enfermagem para garantia de melhores práticas e cuidado seguro, a REBRAENSP tem como finalidade promover a articulação e cooperação técnica entre instituições direta ou indiretamente ligadas à saúde e à educação de profissionais da área, além de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade (REBRAENSP, 2016).

Com esses movimentos em prol da segurança do paciente que aconteceram à nível mundial e nacional, além dos eventos adversos noticiados que tiveram grande repercussão midiática, a segurança do paciente ganhou destaque e passou a receber uma atenção especial.

Segundo Oliveira (2016), todo cuidado em saúde envolve algum risco para os pacientes. Sendo que a maioria destes eventos adversos pode ser evitado, pois costuma ser resultante de falhas no processo de trabalho.

A equipe de enfermagem trabalha na linha de frente do processo assistencial e está diretamente envolvida na segurança do paciente. Para tanto, deve analisar os fatores de risco, além de buscar constante atualização e criar novas iniciativas para implementar um cuidado com segurança e qualidade.

O enfermeiro é o profissional que tem capacidade para identificar riscos aos quais os pacientes estão expostos e evitar que eventos adversos ocorram, isto se chama de gerenciamento do risco.

O gerenciamento de risco está cada vez mais presente nas instituições de saúde, demonstrando aumento na qualidade dos serviços e na segurança do paciente e do profissional (FLORENTINO and CANABARRO, 2014).

Subentende-se que para que ocorra a implementação do gerenciamento de risco é preciso rever a cultura organizacional das instituições, principalmente quanto ao manejo de eventos adversos. As instituições não poderiam punir ou culpar o profissional, e sim rever a cultura e estrutura institucional, buscando promover a segurança do paciente.

Acredita-se que mudanças na cultura organizacional das instituições sejam necessária, devido a influência que ela exerce sob os olhares dos profissionais para os cuidados prestados, seu conhecimento sobre a segurança do paciente e valorização das estratégias para melhoria da segurança implementadas no processo de trabalho (COSTA, 2014).

### **3.4 O planejamento de alta hospitalar e a segurança da criança no uso de medicamentos no seguimento pós alta.**

O processo de enfermagem ou a sistematização da assistência de enfermagem é um método de trabalho composto por cinco etapas utilizado pelos enfermeiros para organizar o trabalho.

Dentre estas etapas, está o planejamento, que segundo Andrietta (2011), é a etapa onde se determina os resultados desejados e a identificação das intervenções para alcançá-los.

O planejamento de alta hospitalar é semelhante ao processo de enfermagem e nele está inserido, já que se trata também de um processo, de responsabilidade interdisciplinar, porém o enfermeiro é o profissional de saúde que durante a sua formação é instrumentalizado para realizar ações educativas e de saúde visando o planejamento de alta hospitalar (DELATORRE, 2013).

A capacitação do cuidador, que é necessária para garantir a segurança do cuidado da criança pós alta hospitalar, deve estar inserida no planejamento de alta. O enfermeiro ainda deverá avaliar a mesmo e todo contexto na qual ela está inserida.

O processo de cuidar, após a alta hospitalar, pela família, requer disponibilidade e capacidade de um ou mais de seus membros, alterações no contexto familiar para o recebimento da criança em casa, recursos financeiros para o tratamento, serviços públicos para atendimento de possíveis complicações, entre outros fatores. Por isso, a transição dessa criança para o domicílio exige elaborado planejamento de alta pela equipe multidisciplinar e a participação dos familiares, a fim de garantir o prosseguimento do cuidado com qualidade (BARRETO et al, 2006, p. 439).

Dentro do planejamento de alta hospitalar, a equipe de saúde deve construir o “plano de alta”, que é um instrumento que tem como objetivo organizar e descrever as condições do paciente durante a hospitalização. O plano deve ser elaborado pela equipe multidisciplinar, porém o enfermeiro é o responsável pela construção dele.

O plano de alta deve estar embasado na investigação realizada na coleta de dados durante a internação, que incluem as limitações do paciente, da família ou do ambiente, os recursos

existentes, pois todos esses dados compõem a implementação e coordenação do plano de cuidados (ANDRIETTA et al., 2011).

O plano de alta é fundamental para oferecer uma assistência de qualidade e segurança, pois facilita a troca de informações entre paciente, familiares e profissionais responsáveis pela assistência, diminuindo a vulnerabilidade do paciente à erros.

A alta hospitalar nos dias de hoje, vem acontecendo precocemente devido aos altos custos da internação, como também pela diminuição dos riscos os quais a criança estará submetida. Segundo Martins et al (2013), a alta precoce é uma das estratégias dos sistemas de saúde para enfrentar o alto custo dos tratamentos além de diminuir o risco de adquirir infecções hospitalares e antecipar o retorno ao convívio com familiares e amigos.

Contudo, a alta hospitalar não pode ser considerada como uma completa recuperação da saúde, muitas vezes é necessário dar continuidade aos cuidados em âmbito domiciliar sob os cuidados dos familiares ou responsáveis.

Em virtude disso, no momento da alta é necessário que além das informações verbais sobre os cuidados com a criança, o enfermeiro disponibilize informações escritas para complementarem e servirem de apoio ao cuidador, se a caso ele esqueça as informações verbais. Além de disponibilizar informações pertinentes a hospitalização e alta hospitalar da criança, o enfermeiro deve disponibilizar ao cuidador o plano de alta.

Geralmente, quando as crianças recebem alta hospitalar, ganham junto prescrições de medicamentos para fazer uso à domicilio por determinado período. Os familiares ou responsáveis sentem-se por muitas vezes incapacitados e inseguros para assumir o cuidado para/com a criança, principalmente quanto ao uso de medicamentos. Isto deixará a criança vulnerável a erros, como também tornará o tratamento ineficiente, podendo provocar uma re-hospitalização.

A ocorrência de erros de medicação no domicilio tem relação com o trabalho do enfermeiro, uma vez que é de competência desse profissional educar o paciente para o uso correto dos medicamentos após a alta hospitalar (MIASSO and CASSIANI, 2005).

A ideia de fragmentação do cuidado hospital-comunidade pode também interferir na recuperação da criança, por isso é fundamental que o enfermeiro do hospital entre em contato com o enfermeiro da atenção básica à saúde para que ocorra seguimento após a alta hospitalar e integralidade do cuidado.

Uma das formas de garantir a assistência e a segurança da criança e da família à domicílio é através das visitas domiciliares, pois permite que o acompanhamento da criança e apoio aos cuidadores.

O processo de uso de medicamentos após a alta hospitalar, com foco na segurança do paciente segundo Marques e Romano-Lieber (2014) é complexo e envolve múltiplas ações [...] a articulação entre os serviços de saúde possibilita o desenvolvimento de uma linha de cuidado para a segurança do paciente, contribuindo para a integralidade do cuidado.

#### **4. CAMINHO METODOLÓGICO.**

O caminho metodológico é essencial para o planejamento da pesquisa. Segundo Leopardi (2002) o método é o caminho pelo qual se chega à meta, sendo a essência da descoberta e do fazer científico. Ainda segundo o mesmo autor, a metodologia é a arte de dirigir o espírito na investigação da verdade, por meio do estudo de métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos.

A metodologia de um trabalho deve ser cuidadosamente pensada e elaborada, pois é ela que guiará o processo de construção do trabalho científico. Para Gil (1991) a metodologia deve ser considerada a parte mais complexa de um projeto de pesquisa, pois descreve detalhadamente os pontos a serem seguidos no decorrer do trabalho e varia de acordo com a extensão e complexidade da temática escolhida.

##### **4.1 Tipo de Estudo.**

Este estudo baseou-se nos princípios da pesquisa quantitativa com aplicação de formulário fechado. Após a aplicação do formulário fechado, os dados foram analisados e lançados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

O método quantitativo envolve o processo de coleta, análise, e descrição dos resultados de um estudo, ainda tem o objetivo de contar, ordenar e medir para estabelecer a frequência e a distribuição dos fenômenos. Além de adotar estratégia sistemática, objetiva e rigorosa para gerar e refinar o conhecimento (VIEIRA, 2015; MENDES et al, 2007).

Para Creswell (2010), a pesquisa quantitativa é um meio para testar teorias objetivas, que serão medidas por instrumentos, para que após a aplicação da pesquisa os dados numéricos possam ser analisados por procedimentos estatísticos.

O formulário fechado envolve a aplicação das questões (multipla escolha) solicitadas de maneira que o pesquisador permanessa junto ao sujeito pesquisado, preenchendo os dados (LEOPARDI, 2002).

O SPSS é um pacote estatístico, composto de diferentes módulos, desenvolvido para análises estatísticas e gráficas. Foi desenvolvido para o uso na áreas de ciências humanas, sociais, biológicas, entre outras (PILATI AND PORTO)

#### **4.2 Cenário do Estudo.**

A pesquisa foi desenvolvida na unidade de internação pediátrica do principal centro de saúde do Vale do Rio Pardo. Este hospital é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, realiza atendimentos a pacientes internados e ambulatoriais, principalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A unidade de internação pediátrica é constituída por 42 leitos destinados ao atendimento de pacientes de zero a 12 anos, sendo 24 leitos destinados ao tratamento de pacientes do Sistema Único de Saúde. Na unidade pediátrica são internadas crianças com doenças crônicas e agudas, sendo o tempo de permanência entre 10 a 15 dias.

#### **4.3 Sujeitos do Estudo.**

Em uma pesquisa é fundamental determinarmos a população e a amostra do estudo. Os critérios de inclusão utilizados no estudo foram, cuidadores, com idade mínima de 18 anos, de crianças internadas na Unidade de Internação Pediátrica que estão em processo de alta hospitalar, e como critério de exclusão, sujeitos menores de 18 anos.

#### **4.4 Procedimentos Éticos e Técnicos.**

Para a realização dos procedimentos técnicos da pesquisa, foi realizado contato com a Secretária de Ensino e Pesquisa do local, onde ocorrerá a coleta de dados, e após, a entrega do protocolo de solicitação para o desenvolvimento da pesquisa.

Posteriormente, após a autorização de elaboração da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul para aprovação. Após a aprovação pelo CEP, foi dado início a coleta de dados.

Sendo assim, será iniciado o contato com os sujeitos participantes da pesquisa. Estes serão abordados verbalmente e receberão o convite para participarem da pesquisa tendo ciência sobre os objetivos, a justificativa, a metodologia, como também a importância da participação dos mesmos. Será entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) para a assinatura dos participantes, que terão suas identidades preservadas.

Esta pesquisa será realizada de acordo com os princípios éticos inseridos nas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, por meio da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, estabelecida em dezembro de 2012.

O instrumento de coleta de dados será um formulário fechado (APÊNDICE B), que segundo Leopardi (2002) é uma lista informal, catálogo ou inventário, destinado a coleta de dados resultantes quer de observação, quer de interrogações, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador. O formulário será aplicado na própria unidade após a alta hospitalar da criança, em local que preserve a privacidade dos sujeitos.

#### **4.5 Divulgação dos Dados.**

Os resultados desta pesquisa serão divulgados ao término do semestre letivo de 2016/2, por meio da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A partir de então, serão realizadas as correções consideradas necessárias pelos professores da banca de avaliação e, posteriormente, será encaminhado para a publicação em revista científica da área.



## 6. ORÇAMENTO

Título da pesquisa: A segurança da criança no uso de medicamentos após a alta hospitalar.

Gestor financeiro: Pesquisadora

Itens a serem financiados		Valor Unitário R\$	Valor Total R\$	Fonte Viabilizadora
Especificações	Quantidade			
Folhas A4	3 pct	6,00	18,00	Pesquisadora
Capas Unisc	3 capas	0,50	1,50	Pesquisadora
Encadernações	3	3,50	10,50	Pesquisadora
Cartucho para impressora	2	45,00	90,00	Pesquisadora
Caneta marca texto	4	2,50	10,00	Pesquisadora
Caneta azul	3	1,50	4,50	Pesquisadora
Passagem urbana	5 passagens	2,80	14,00	Pesquisadora
Passagem intermunicipal	10 passagens	7,00	70,00	Pesquisadora
<b>TOTAL GERAL R\$ 218,50</b>				

---

Bruna Letícia da Silva

Pesquisadora

## 7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fabiane A. SABATÉS, Ana L. Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri, São Paulo: Manole, 2008.

ANDRIETTA, Maria Paula. MOREIRA, Rita Simone Lopes. BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000600023&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000600023&script=sci_arttext&tlng=pt)

BARRETO, Lilian. CARDOSO, Maria Helena. VILLAR, Maria Auxiliadora. GILBERT, Ana Cristina. Percepções dos profissionais de uma unidade de internação pediátrica sobre alta de crianças ostomizadas, 2006. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/10306/2/Percep%C3%A7%C3%B5es%20dos%20profissionais%20de%20uma%20unidade%20de%20interna%C3%A7%C3%A3o%20pedi%C3%A1trica%20sobre%20a%20alta%20de%20crian%C3%A7as%20ostomizadas..pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº529, de 1º de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.pdf)

BRASIL, Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)

BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações básicas. Brasília, 1984. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf)

CAPUCHO, Helaine. CARVALHO, Felipe. CASSIANI, Silvia. Farmacovigilância: gerenciamento de riscos da terapia medicamentosa para a segurança do paciente. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011.

CASSIANI, Silvia H. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Revista Brasileira de Enfermagem, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100019&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000100019&script=sci_abstract&tlng=pt)

CECIM, Ricardo. CARVALHO, Paulo. Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: editora da UFRGS, 1997.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995. Brasília: Distrito Federal, 1995. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2178.htm>

COSTA, Daniele Bernardi. Cultura de segurança do paciente sob a ótica da equipe de enfermagem em serviços hospitalares. Dissertação apresentada a Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/.../22/.../DANIELEBERNARDIDACOSTA.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/.../22/.../DANIELEBERNARDIDACOSTA.pdf)

CRISTO, Rosilane. MELLO, Maria D. de. BERBET, Érica F. BRAGA, Tereza G., KAMADA, Ivone. O acompanhante no setor pediátrico de um hospital escola: uma atividade de extensão e pesquisa. Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica, 2005. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/29-o-acompanhante-no-setor-peditrico-de-um-hospital-escola-.html>

CRESWELL, John. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DELATORRE, Patrocínia Gonçalves. SÁ, Selma Petra Chaves. VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti. SILVINO, Zenith Rosa. Planejamento para alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE on line, 2013.

Disponível em:  
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3968/8170>

FLORENTINO, Fátima R., CANABARRO, Simone T. A criança e o adolescente: o que, como e por que cuidar?. Porto Alegre: Moriá, 2014.

FONSECA, Ariadne da Silva. Enfermagem Pediátrica. São Paulo: Martinari; 2013. 360p.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, Giovana. ERDMANN, Alacoque. BUSANELLO, Josefina. Refletindo o sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a25.pdf>

LEOPARDI, Maria Tereza. Metodologia da pesquisa na saúde. 2. Ed, ver. E atual. Florianópolis: UFSC/Pós Graduação em Enfermagem, 2002.

MAHLE, Camila. A busca pela integralidade na atenção à saúde da criança: uma experiência acadêmica. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem. UNISC: 2011.

MARQUES, Liette. ROMANO-LIEBER, Nicolina. Estratégia para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000200401&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000200401&script=sci_arttext)

MARTINS, Ana Cláudia. SILVA, Jusselene. FERRAZ, Leidiléia. Orientações de enfermagem na alta hospitalar: contribuições para o paciente e cuidadores, 2013 Disponível em: [http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/70/2013\\_70\\_7857.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/70/2013_70_7857.pdf)

MENDES, Isabel. DRIESSNACK, Martha. SOUSA, Valmi. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem, parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. Revista

Latino Americana de Enfermagem, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000300022&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000300022&script=sci_abstract&tlng=pt).

MIASSO, Adriana Inocenti. CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. Revista Escola de Enfermagem USP, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000200003&script=sci_arttext)

MOTTA, Maria da Graça. RIBEIRO, Nair R. COELHO, Débora. Interfaces do cuidado em enfermagem à criança e ao adolescente. Porto Alegre: Expansão, 2012.

OLIVEIRA, Reynaldo. Blackbook Enfermagem. Belo Horizonte: Blackbook editora, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Aliança Mundial para Segurança do Paciente, Programa Avançado 2008-2009. Geneva (Suíça): Organização Mundial da Saúde; 2008

PAZ, Ingre. Aprendizagem na convivência: processo de complexificação na prática da enfermagem. Programa de pós-graduação em educação- mestrado área de concentração em educação. UNISC, 2011. Disponível: <http://btd.unisc.br/Dissertacoes/IngrePaz.pdf>

PILATI, Ronaldo. PORTO, Juliana. Apostila para tratamento de dados via SPSS. Universidade de São Paulo. Disponível em: [https://social.stoa.usp.br/articles/0016/4637/apostila\\_SPSS\\_Porto\\_.pdf](https://social.stoa.usp.br/articles/0016/4637/apostila_SPSS_Porto_.pdf)

QUIRINO, Daniela Dias. COLLET, Neusa. NEVES, Ana Flávia Gomes de Britto. Hospitalização infantil: concepções do enfermeiro acerca da mãe acompanhante. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000200014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200014)

REBRAENSP. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/>

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira. RAMOS, Flávia Regina Souza. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200014&script=sci_arttext)

SUZUKI, Vanessa Ferraz. CARMONA, Elenice Valentim. LIMA, Maria Helena Melo. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. Revista Escola de Enfermagem USP, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000200032&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000200032&script=sci_arttext)

THOMAZINE, Angélica M.. PASSOS, Rômulo S., JÚNIOR, Osvaldo. COLLET, Neusa., OLIVEIRA, Beatriz. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: resgate histórico. Ciência, cuidado e saúde, 2008. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6587>

VIEIRA, Sonia. Metodologia Científica para a área da saúde. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

WEGNER, Wiliam. PEDRO, Eva Neri Rubim. A segurança do paciente nas circunstâncias do cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt\\_a02v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf)

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Sujeitos do Estudo

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### A SEGURANÇA DA CRIANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS APÓS A ALTA HOSPITALAR.

Prezado participante, você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “*A segurança da criança no uso de medicamentos após a alta hospitalar*”. Ela tem como objetivo principal: analisar o entendimento do cuidador quanto a forma de administração dos medicamentos prescritos para alta hospitalar pediátrica.

A sua contribuição a essa pesquisa será respondendo um formulário fechado aplicado pela pesquisadora de campo. Seu nome permanecerá em sigilo. Não se prevê riscos ou até mesmo desconfortos aos sujeitos da pesquisa. A sua participação contribuirá para a melhoria da orientação para a alta hospitalar por parte dos profissionais de saúde, como também, para o aprimoramento da segurança da criança e de seu cuidador após a alta hospitalar. Você não terá que fazer nenhum tipo de pagamento para participar desta pesquisa, assim como, sua participação é voluntária, não sendo realizado pagamento por parte da instituição. Não há patrocinadores nesta pesquisa.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Prof<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Ms. Ingre Paz, (Contato: (51) 81485225) e a pesquisadora de campo, a acadêmica Bruna Letícia da Silva, (Contato: (51) 9704-3284).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do responsável pela

obtenção do presente consentimento

\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do Voluntário

## APÊNDICE B – Formulário Fechado para Pesquisa

<b>Dados de Identificação do Cuidador</b>
<p><b>1) Questionário n° _____</b></p> <p><b>2) Cuidador:</b> (0) mãe (1) pai (2) outros</p> <p><b>3) Idade:</b> (0) 18 a 24 anos (1) 25 a 35 anos (2) a partir de 36 anos</p> <p><b>4) Escolaridade:</b> (0) 1º grau incompleto (1) 1º grau completo (2) 2º grau incompleto (3) 2º grau completo (4) 3º grau incompleto (5) 3º grau completo</p> <p><b>5) Trabalha:</b> (0) sim (1) não</p> <p><b>6) Renda Familiar Mensal:</b> (0) de R\$ 300 a R\$ 600 (1) de R\$ 600 a R\$ 900 (2) de R\$ 900 a R\$ 1.500 (3) maior que R\$ 1.500 (4) não sabe</p> <p><b>7) Recebe algum tipo de benefício:</b> (0) sim (1) não</p> <p><b>8) Cidade:</b> (0) Santa Cruz do Sul (1) outra</p> <p><b>9) Área:</b> (0) urbana (1) rural</p> <p><b>10) Casa própria:</b> (0) sim (1) não</p> <p><b>11) Número de moradores na residência:</b> (0) 2 (1) 3 (2) 4 (3) outro</p>
<b>Dados da Criança</b>
<p><b>12) Idade:</b> (0) 0 a 1 ano (1) 2 a 3 anos (2) 4 a 5 anos (3) 6 a 10 anos (4) outros</p> <p><b>13) Problema/Causa da internação:</b> (0) respiratório (1) gastrointestinal (2) neurológico (3) cardíaco (4) outros</p> <p><b>14) Tempo de internação:</b> (0) 1 dia (1) 1 a 3 dias (2) 1 a 7 dias (3) 1 a 14 dias (4) mais de 14 dias</p> <p><b>15) Re-internações em 1 ano:</b> (0) 1 (1) 2 (2) 3 (3) outros</p> <p><b>16) Uso de medicamentos contínuos:</b> (0) sim (1) não</p> <p><b>17) Alterações no desenvolvimento:</b> (0) comportamentais (1) psicomotor (2) malformações congênicas (3) alterações genéticas (4) não (5) outros</p>
<b>Dados sobre a alta hospitalar</b>
<p><b>18) Sabe o que significa receituário?</b> (0) sim (1) não</p> <p><b>19) Consegue entender o receituário?</b> (0) sim (1) não</p> <p><b>20) Conhece a medicação prescrita?</b> (0) sim (1) não</p> <p><b>21) Sabe qual é a dosagem a ser administrada?</b> (0) sim (1) não</p> <p><b>22) Sabe por qual via ela é administrada?</b> (0) oral (1) nasal (2) tópica (3) inalatória (4) parenteral (5) outros</p> <p><b>23) Foi orientado como se administra a medicação?</b> (0) sim (1) não</p> <p><b>24) Sabe quais horários dar a medicação para a criança?</b> (0) sim (1) não</p> <p><b>25) Sabe quais reações adversas que a medicação pode causar?</b> (0) sim (1) não</p> <p><b>26) Quem vai administrar a medicação?</b> (0) Mãe (1) pai (2) familiares (3) escola (4) outros</p> <p><b>27) Tem acesso ao medicamento gratuitamente?</b> (0) sim (1) não</p> <p><b>28) Quem orientou a alta hospitalar?</b> (0) enfermeiro (1) médico (2) técnico de enfermagem (3) farmacêutico (4) outro</p>

**ANEXO A- Parecer da Instituição para realização da Pesquisa**  
**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA**  
**CURSO DE ENFERMAGEM**



Santa Cruz do Sul, 30 de maio de 2016

Prezados Senhores

Declaramos para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado "A SEGURANÇA DA CRIANÇA NO PROCESSO DE USO DE MEDICAMENTOS APÓS A ALTA HOSPITALAR", desenvolvido pela aluna do curso de Enfermagem, **Bruna Letícia da Silva**, sob supervisão da **Prof. Ingre Paz**, bem como os objetivos e a metodologia do estudo proposto. Salientamos que publicações acerca dos dados obtidos no referido estudo devem ser previamente submetidos à análise da Instituição.

Afirmamos concordar com o parecer ético substanciado que será emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Atenciosamente,

**Lis Spat**  
 Enfª Coordenadora  
 Multiprofissional  
 COFEN 69345

**Enfª. Lis Regina Spat**  
 Coordenadora Ala Materno Infantil / HSC

  
**Prof. Dr. Giana Diesel Sebastiany**  
 Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão / HSC

## **ANEXO B- Normas para Publicação em Revista Científica**

A Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras – ISSN online 2238-202x - é um periódico oficial da SOBEP, publicada semestralmente, cujo intuito é contribuir para o progresso na área de saúde da criança e do adolescente. São aceitos para avaliação manuscritos elaborados por enfermeiros nos seguintes formatos: artigos de pesquisa, artigos de revisão e relatos de experiência.

O conteúdo do material enviado para publicação é de inteira responsabilidade dos autores, não podendo ter sido publicado anteriormente ou ser encaminhado, simultaneamente, a outro periódico. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos editores da Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras.

Os artigos submetidos são analisados pela Comissão Permanente de Publicação, Divulgação e Comunicação Social da SOBEP, que avalia o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas editoriais e à política editorial adotada pela revista. Sendo responsável pelo aceite ou veto de qualquer trabalho recebido, podendo propor eventuais alterações, desde que os autores sejam previamente consultados.

Os artigos que se referem às pesquisas que envolveram seres humanos devem ter citar, no corpo do artigo, o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e fazer menção à resolução 466/12. A carta de aprovação do CEP e o modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devem ser encaminhados como documentos anexos no processo de submissão do artigo à Revista.

### **Modalidades dos artigos:**

- Artigo de Pesquisa: ser inédito, ter no máximo 15 laudas, ser estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão); os capítulos de Resultados e Discussão devem ser redigidos em separado.

- Artigo de Revisão: englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, baseados em uma bibliografia pertinente, crítica e sistemática, acrescido de análise e conclusão, com no máximo 15 laudas;
- Relato de Experiência: descrever analiticamente a atuação da enfermagem na saúde da criança e do adolescente, limitada a 10 laudas;

Os textos submetidos devem estar formatados em:

- Folha A4;
- Fonte: Times New Roman, tamanho 12, espaço 1,5;
- Margens de 2,5cm de cada um dos lados;
- Sem colunas

Título do artigo e subtítulo (se houver) - com no máximo 15 palavras, em português, inglês e espanhol, sem abreviações.

Identificação do(s) autor(es) - Nome(s) e sobrenome(s) do(s) autor(es), titulação máxima e a instituição a que pertence(m). Indicar o nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail e telefone.

Resumo - com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol. Para os artigos de pesquisa, o resumo deve ser estruturado (Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para os demais tipos de publicação não é necessário estruturar o resumo.

Descritores - Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen. Apresentar no máximo 3 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS. (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/>.

Texto - Deverá obedecer a estrutura exigida para cada modalidade de artigo. O item conclusão/considerações finais não deve conter citações. As citações no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, devem ser separadas por

hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula. No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas (no máximo 5) deverão ser em preto e branco.

Agradecimentos - Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

Referências - As referências seguem o Estilo Vancouver. Artigos de pesquisa e relato de experiência: máximo de 20 referências. Artigos de revisão: máximo de 30 referências.

### **Documentos necessários para a Submissão:**

Os artigos submetidos deverão vir acompanhados de: uma carta do(s) autor (es), contendo: título, nome e credenciais dos autores, destacar o autor correspondente, incluindo endereço eletrônico do mesmo; uma carta contendo a autorização para publicação e transferência dos direitos autorais à revista, assinada por todos os autores; uma declaração de isenção de conflitos de interesses; cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido quando se tratar de pesquisas com seres humanos e cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para artigos de pesquisa.

### **Revisão dos consultores**

Todos os trabalhos, após aprovação pela Comissão Permanente de Publicação, Divulgação e Comunicação Social da SOBEP, serão encaminhados para análise e avaliação por dois consultores ad hoc (avaliadores), sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Caso haja discordância entre os pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro consultor. Somente após aprovação final pela referida comissão, os trabalhos serão encaminhados aos autores para correções e publicação. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas do não atendimento às recomendações dos consultores. A comissão dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de aceitação do trabalho. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores.

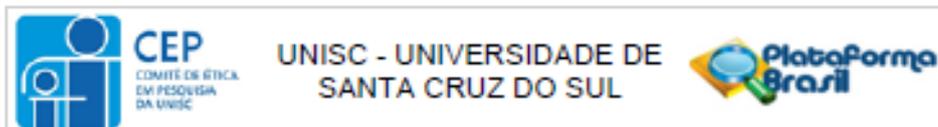
Os nomes dos consultores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

No caso de existir conflito de interesse entre os autores e determinados consultores nacionais ou estrangeiros, deve-se incluir uma carta confidencial num envelope selado dirigido a Comissão Permanente de Publicação, Divulgação e Comunicação Social da SOBEP, indicando o nome das pessoas que não deveriam participar no processo de arbitragem. Esta informação será utilizada de forma estritamente confidencial. Da mesma forma, os consultores (avaliadores) poderão manifestar-se, caso haja conflito de interesse em relação a qualquer aspecto do artigo a ser avaliado.

**Informações Complementares:**

Encaminhar o artigo juntamente com os documentos necessários via e-mail para Secretária Josiara Rosa: revista.sobep@gmail.com . Caso não receba nenhum e-mail com a confirmação do recebimento, enviar e-mail para a Editora Chefe Profa. Dra. Margareth Angelo: revista@sobep.org.br

## ANEXO C- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A segurança da criança no processo de uso de medicamentos após a alta hospitalar.

**Pesquisador:** INGRE PAZ

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 57392516.7.0000.5343

**Instituição Proponente:** Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.625.389

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa denominado "A segurança da criança no processo de uso de medicamentos após a alta hospitalar", apresentado como Trabalho de Conclusão do curso de Enfermagem Universidade de Santa Cruz do Sul –UNISC, na condição de aluno pela acadêmica Bruna Leticia da Silva. A orientadora do projeto é a Profa. Ingre Paz do mesmo Curso e Universidade. O projeto pretende verificar se está sendo realizadas orientações sobre a administração dos medicamentos a pacientes internados na Unidade Pediátrica durante a alta hospitalar e qual o entendimento do cuidador sobre os receituários e sobre as medicações prescritas. Acredita-se oportuna a iniciativa de analisar o processo de alta junto ao paciente e o cuidador na alta hospitalar, bem como evitar os eventos adversos, tendo em vista que esta mudança poderá aprimorar a segurança da criança e de seu cuidador após alta hospitalar.

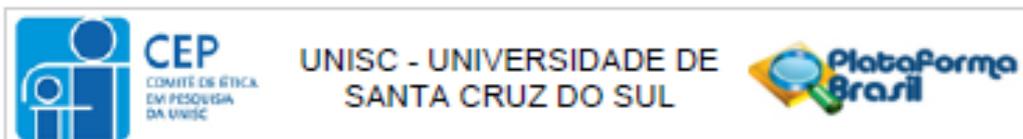
#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar o entendimento do cuidador quanto a forma de administração dos medicamentos prescritos para alta hospitalar pediátrica.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 8, sala 803  
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 1.025.309

**Não há.**

**Benefícios:**

Receber orientações adequadas sobre medicamentos na alta hospitalar.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa clara e de acordo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Presentes e adequados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

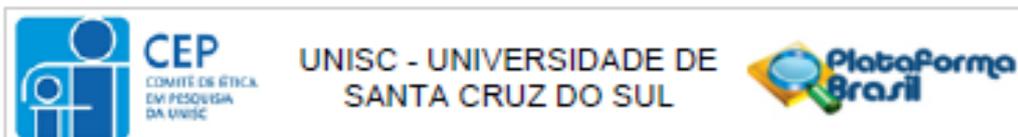
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_736373.pdf	20/06/2016 11:51:01		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	20/06/2016 11:49:57	INGRE PAZ	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/06/2016 11:46:56	INGRE PAZ	Acelto
Outros	Aceite.pdf	09/06/2016 20:35:06	INGRE PAZ	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	09/06/2016 20:29:40	INGRE PAZ	Acelto
Orçamento	orcamento.pdf	09/06/2016 20:27:53	INGRE PAZ	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	09/06/2016 20:26:04	INGRE PAZ	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco B, sala 603  
 Bairro: Universitário CEP: 98.815-900  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7880 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 1.025.369

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 06 de Julho de 2016

---

Assinado por:  
Renato Nunes  
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 8, sala 803  
Bairro: Universitário CEP: 96.815-900  
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
Telefone: (51)3717-7880 E-mail: cep@unisc.br