



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**FRANCINE TEREZINHA DE SOUZA
MAYARA COSTA GARCIA
PÂMELLA PRISCILLA DA SILVA RANGEL**

**FATORES DE RISCO À SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO:
A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

**FRANCINE TEREZINHA DE SOUZA
MAYARA COSTA GARCIA
PÂMELLA PRISCILLA DA SILVA RANGEL**

**FATORES DE RISCO À SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO:
A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador(a): Dra. Patrícia Kuerten Rocha.

**FLORIANÓPOLIS
2012**

FRANCINE TEREZINHA DE SOUZA
MAYARA COSTA GARCIA
PÂMELLA PRISCILLA DA SILVA RANGEL

**FATORES DE RISCO À SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO:
A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ªUC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora

Patricia Kuerten Rocha

Profa Patrícia Kuerten Rocha
Presidente da Banca – Orientadora
Pen/UFSC

Sayonara de Fátima Barbosa

Profa Sayonara de Fátima Barbosa
Membro da Banca
Pen/UFSC

Michelini Fátima da Silva

Enf. Msc. Michelini Fátima da Silva
Membro da Banca
Pen/UFSC

Florianópolis, 10 de dezembro de 2012.

A todos os profissionais que se dedicam diariamente à saúde das crianças e à todas as famílias que, em algum momento da vida, já precisaram da assistência da Enfermagem.

Agradecimentos

Da Fran

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, meu maior porto seguro, pelo dom da vida e amor infinito. Com a ajuda dele, tive forças para ultrapassar barreiras, seguir em frente e alcançar meus objetivos.

Aos meus pais, Terezinha e Osni, meus maiores exemplos de vida, ambos responsáveis pela determinação e luta em minha formação acadêmica, por cada sucesso obtido, cada degrau avançado. Obrigada pela paciência nos momentos em que estive ausente, me dedicando ao futuro próximo. Aos meus irmãos Fabrício e Fernando pelo carinho.

Ao meu namorado Rodrigo, por todo amor, incentivo e compreensão que tem me dedicado.

Da May

Agradeço aos meus pais, Ralf e Luciane, e aos meus avós, Alécio e Judith, por terem acreditado em mim, me apoiado e me ajudado em tudo que precisei e em todos os momentos da minha vida.

Ao Rafael, com quem há 6 anos compartilho bons e maus momentos, e que me ensinou lições maravilhosas ao longo desse tempo... Por todos os conselhos, todo carinho, cumplicidade e compreensão, especialmente nos momentos em que estive ausente.

Ao meu filho Ian, por ter sempre me enxido de amor e alegria e renovado minhas forças para que eu não desistisse.

Aos avós e aos tios paternos do Ian, por todos os momentos de cuidado e atenção dedicados ao Ian enquanto estive em função dos estudos.

A todos os meus amigos, que em muitos momentos aturaram minhas lamentações, reclamações e minha ausência, mas sempre estiveram por perto, me fazendo rir e me incentivando.

Da Pam

Primeiramente a Deus por me dar a chance de seguir o que escolhi e confiar a mim o cuidado do ser humano.

À minha família que sempre esteve presente nos momentos mais difíceis e felizes dessa caminhada;

Principalmente a minha mãe Nina que sempre me ensinou o “ser enfermeira” que não pode ser encontrado nos livros, apenas no coração; E junto dela, os meus irmãos Nizinho, Micheline, Francisco e Scheila, que foram também meus pais, sempre me apoiando e fazendo de tudo para que eu pudesse seguir meu sonho;

Aos que encontrei durante o caminho, mas não menos importante; Seu Rubens, meu pai João, minha nova família, e meu namorado Rafael por todo carinho, companheirismo, e compreensão nos momentos de ausência e de tensão.

A todos que de alguma forma participaram e ajudaram na minha formação.

Do Trio



Agradecemos à nossa professora orientadora Dra. Patrícia Kuerten Rocha, por toda a dedicação e exigência com o nosso aprendizado e por todo o impossível que fez para conseguir estar sempre presente e nos orientar nessa jornada.

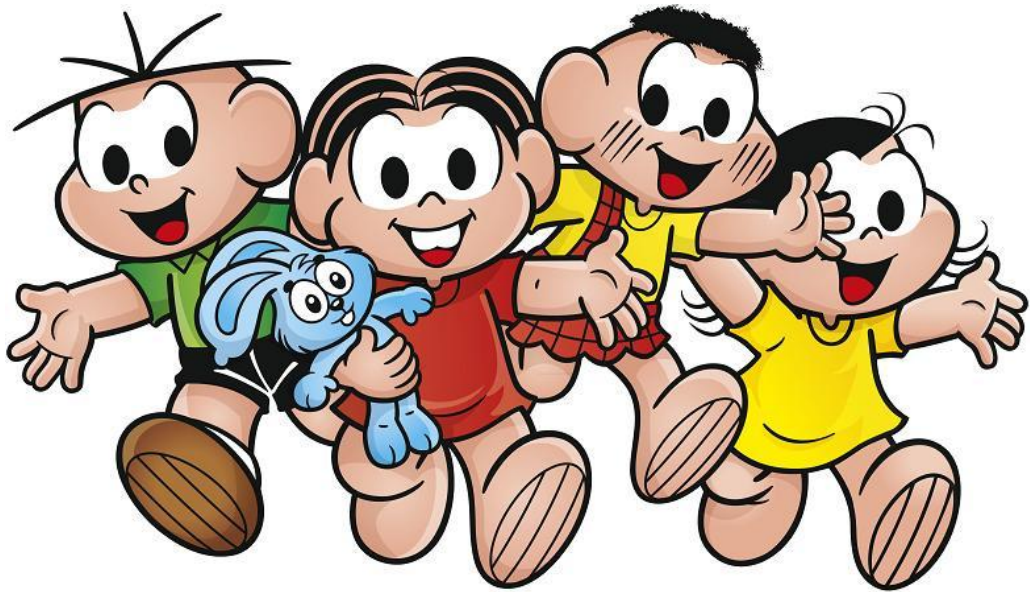
À Professora Flávia, por todo o trabalho e preocupação que despende à oitava fase em nome da nossa formação.

À Equipe de Enfermagem e aos demais profissionais da UIP, por terem nos recebido tão bem e nos tratado com tanto amor e respeito. Obrigada pela confiança, pelas risadas e por todos os preciosos ensinamentos.

Aos pais e crianças que passaram pela Unidade de Internação, que choraram, riram e brincaram conosco... Pela confiança depositada e pelo carinho ao se referirem ao nosso trabalho.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para que este trabalho fosse concluído com sucesso.

Muito obrigada!



Fonte: <http://espacoeducar-liza.blogspot.com.br/2009/10/300-passatempos-turma-da-monica.html>

*"Ser criança é acreditar que tudo é possível.
É ser inesquecivelmente feliz com muito pouco.
É se tornar gigante diante de gigantescos pequenos obstáculos.
Ser criança é fazer amigos antes mesmo de saber o nome deles.
É conseguir perdoar muito mais fácil do que brigar.
Ser criança é ter o dia mais feliz da vida, todos os dias.
Ser criança é o que a gente nunca deveria deixar de ser."*

[Gilberto dos Reis]

RESUMO

Estudo de natureza qualitativa, exploratório-descritiva, que teve como objetivo conhecer a percepção da Equipe de Enfermagem sobre os fatores de risco que podem interferir na segurança do paciente pediátrico durante sua hospitalização em uma unidade de internação pediátrica e os métodos de barreiras para minimizar. A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital Universitário da região Sul do Brasil, tendo como participantes a equipe de enfermagem. Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram atuar na equipe de enfermagem da unidade de internação há no mínimo um ano, estar trabalhando no período da coleta e aceitar assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os critérios de exclusão foram ser funcionário da unidade há menos de um ano, estar de férias, atestado ou licença no período da realização das entrevistas e recusar-se a assinar o termo de consentimento. Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2012, por meio de entrevista semi-estruturada. Anteriormente ao início das entrevistas foi realizado um pré-teste do questionário com dois enfermeiros e um técnico de enfermagem, para que posteriormente o instrumento fosse aprimorado. As entrevistas foram agendadas previamente com os participantes e gravadas com o consentimento dos mesmos. Cabe ressaltar que o anonimato dos participantes foi respeitado, utilizando-se letras e números para as entrevistas. Após a transcrição das gravações, os dados foram analisados por meio do Modo Operativo de Minayo (2010), seguindo as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A categorização das entrevistas possibilitou que elas fossem classificadas dentro das áreas abordadas no *“Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research”* (2008). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 108.551. Os resultados foram obtidos através de dois manuscritos. O primeiro trata-se da percepção da equipe de enfermagem a cerca dos fatores de risco que podem comprometer a segurança do paciente pediátrico e métodos de barreira para minimizá-los. O segundo manuscrito busca relacionar as percepções da equipe de enfermagem com as prioridades de pesquisa em segurança do paciente trazidas pela OMS em 2008 na publicação *“Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research”*. Conclui-se que os profissionais percebem apenas fatores de risco constantemente presentes em seu cotidiano. As categorias de fatores de risco que a equipe de Enfermagem mais percebe são a terapia medicamentosa, a identificação do paciente, as competências profissionais e o ambiente físico. A capacitação dos profissionais, principalmente em relação à medicação, e a conferência dos cinco certos são os métodos de

barreira mais citados. Estabeleceu-se uma relação entre as categorias reconhecidas como fatores de risco e as áreas de prioridade em pesquisa da publicação da OMS. Recomenda-se a aplicação deste estudo em outras instituições, para uma visão amplificada das percepções dos profissionais de enfermagem sobre os fatores de risco à segurança do paciente pediátrico e validação dos resultados.

Descritores: Enfermagem Pediátrica, Segurança do Paciente, Fatores de Risco, Equipe de Enfermagem.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ICPS – *International Classification for Patient Safety*

JCI – *Joint Comission Internacional*

NPSF - *National Patient Safety Foundation*

OMS – Organização Mundial da Saúde

REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente

SEPAESC – Polo de Segurança do Paciente em Santa Catarina

TJC – *The Joint Comission*

UIP – Unidade de Internação Pediátrica

USA- *United States of America*

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

WHO – *World Health Organization*

LISTA DE FIGURAS / QUADROS

FIGURA 01 - *Conceptual Framework for the Internacional Classification on Patient Safet.*20

QUADRO 01- Classificação Internacional para a Segurança do Paciente..... 21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO GERAL.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	19
3.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....	25
3.3 O PACIENTE PEDIÁTRICO E A UNIDADE DE INTERNAÇÃO.....	27
4 MARCO REFERENCIAL.....	30
4.1 CONCEITOS.....	30
4.2 <i>SUMMARY OF THE EVIDENCE ON PATIENT SAFETY: IMPLICATIONS FOR RESEARCH</i>	33
4.3 PRESSUPOSTOS.....	36
5 METODOLOGIA.....	38
6 RESULTADOS.....	42
6.1 MANUSCRITO 01: Percepção da Equipe de Enfermagem sobre os Fatores de Risco que Envolvem a Criança Hospitalizada.....	43
6.2 MANUSCRITO 02: A relação entre a percepção da equipe de Enfermagem sobre os fatores de risco à segurança do paciente pediátrico e as prioridades de pesquisa propostas pela OMS.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICES.....	91
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	92
APÊNDICE B: Instrumento de Pesquisa Pré-teste.....	93
APÊNDICE C: Instrumento de pesquisa Apromorado.....	94
ANEXOS.....	95
ANEXO I: Parecer Final do Orientador.....	96

1 INTRODUÇÃO

A assistência ao paciente, principalmente no ambiente hospitalar, oferece inúmeros riscos. As inovações tecnológicas, o ambiente propenso à distração, a alta demanda de pacientes, a carga de trabalho elevada e o tempo restrito para a realização das atividades favorecem o aumento da probabilidade de ocorrência de falhas e acidentes, que podem acarretar em prejuízo ao paciente assistido (RALSTON; LARSON, 2005).

Prezar a segurança do paciente é reduzir os riscos e suavizar atos que sejam considerados não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como alcançar bons resultados frente à situação clínica do paciente por meio de um cuidado qualificado e humanizado (NETO, 2006). O risco pode ser definido como a probabilidade de um incidente ocorrer, podendo ou não acarretar em resultados adversos (LIMA, 2008).

O desafio de reduzir os riscos associados ao processo de hospitalização vem desde a época do médico húngaro *Semmelweis* (1847), que, após longos estudos, identificou o principal motivo da alta taxa de mortalidade materna-fetal em uma Clínica Obstétrica do *Allgemeine Krankenhaus*. O médico atribuiu as mortes à infecção provocada por microorganismos transmitidos pelas mãos dos profissionais que atendiam as parturientes, sendo assim, implantou a higienização das mãos com ácido clórico para todos, sem exceção, entre o atendimento de cada paciente. Com os resultados obtidos após a implantação desta norma, foi observada a redução significativa na taxa de mortalidade do grupo investigado. (OLIVEIRA e FERNANDEZ, 2007)

No âmbito da Enfermagem, em paralelo, Florence Nightingale (1820-1910), com sua visão a frente de seu tempo, priorizava o fornecimento de um ambiente limpo, estimulador para a promoção e a recuperação da saúde, acreditando que esse fator seria o diferencial em seu trabalho (HADDAD e SANTOS, 2011). Nightingale adotou critérios inovadores na área da higiene hospitalar, com a introdução do uso de desinfetantes e isolamento de pacientes de acordo com o tipo de ferida e etiologia, prevenindo a causa mais comum de mortes na época e promovendo um ambiente terapêutico seguro ao paciente (SEIFFERT et al., 2011).

Em 1999, a publicação pelo *Institute of Medicine*, nos Estados Unidos da América (USA), de *To Err is Human* (Errar é Humano), revelou que no país ocorriam de 44.000 a 98.000 mortes anuais decorrentes de erros do sistema de saúde e, que, as injúrias provocadas pelos eventos adversos preveníveis movimentavam entre 17 e 29 bilhões de dólares todos os anos. A partir disto, o termo segurança do paciente tornou-se mundialmente conhecido e almejado (WHO, 2010). A qualidade do atendimento, prezada pelos usuários e

consequentemente pelos gestores, está relacionada diretamente à segurança da assistência oferecida. Por este motivo, o tema entrou para as pesquisas internacionais e nacionais e tem sido vastamente defendido e explorado (GHANDI; KAUSHAL et al., 2004)

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Dentro dela, procurou elaborar programas que tem como foco sensibilizar e mobilizar os profissionais de saúde e a população para a busca de soluções que promovam a segurança do paciente (OMS, 2009). Junto à *The Joint Commission* e sua representante *Joint Commission International*, em 2008, elaborou um plano com seis metas que tem como propósito promover melhorias em áreas prioritárias do atendimento em saúde, como: identificar os pacientes corretamente; melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais da assistência; melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; assegurar cirurgias com local de intervenção correto e paciente correto; reduzir os riscos de infecções associadas aos cuidados de saúde; e reduzir o risco de lesões ao paciente decorrentes de quedas (TJC; 2012).

Assim, a Aliança Internacional para a Segurança do Paciente, junto à OMS, realizou estudos que visavam identificar quais áreas eram prioritárias em Segurança do Paciente, e que necessitavam de mais pesquisas e desenvolvimento de ações para o alcance de melhorias, tanto em países desenvolvidos quanto nos com a economia em transição ou em desenvolvimento. Com os resultados destas pesquisas lançou, no início de 2008, um documento intitulado “*Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research*” (Sumário das Evidências em Segurança do Paciente: Implicações para a Pesquisa), que apresentou 23 tópicos abordados dentro da classificação em 3 sessões: resultados dos sistemas de saúde não seguros; fatores estruturais que contribuem para um cuidado não seguro e processos que contribuem para um cuidado não seguro, que, de acordo com os expertises que participaram das pesquisas, necessitavam ainda de atenção e desenvolvimento de pesquisas e estratégias em seus campos, afim de promover a segurança do paciente em nível mundial (WHO, 2008).

No Brasil, em 2007, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaborou uma proposta que visa a melhoria da qualidade no atendimento hospitalar, nos moldes do projeto da Aliança da OMS (ANVISA, 2008).

Em maio de 2008, surge a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP, que visa fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade no país. O trabalho da Rede foi difundido por meio dos pólos estaduais e municipais, sendo um em Santa Catarina (SEPAESC), com a função de divulgar os conceitos de segurança do

paciente, incentivar a criação e participação de enfermeiros em comitês de segurança do paciente e a instituir atitudes e iniciativas para promover a segurança do paciente (CASSIANI, 2010).

Em 2010, atentando para a importância do tema e seu impacto no país, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo elaborou uma cartilha, intitulada "10 Passos para a Segurança do Paciente", onde aborda as áreas críticas do atendimento ao paciente e formas de como diminuir os riscos durante a realização dos trabalhos (COREN-SP, 2010).

As ações para a Segurança do Paciente na assistência em saúde são importantes, pois reduzem a incidência de erros e danos, diminuem o tempo de tratamento e hospitalização, melhoram ou mantêm o *status* funcional do paciente, além de aumentarem sua sensação de bem-estar (POTTER e PERRY, 2007).

Os erros ou incidentes são falhas não intencionais que podem ocorrer por omissão, ou seja, a não realização de uma ação correta, ou por comissão, que é a prática de uma ação incorreta (OMS, 2009). São caracterizados como eventos ou circunstâncias que podem acarretar em dano desnecessário ao paciente (NETO, 2006). Quando provocam danos, são chamados eventos adversos, que podem ser definidos como "injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes afetados e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito" (ZAMBOM e GALOTTI, 2011).

Os incidentes, e em especial os eventos adversos, sinalizam a presença de falhas relacionadas à segurança do paciente, dimensionando a magnitude dos problemas referentes à qualidade da atenção nos diferentes serviços, e fornecem valiosas informações, que devem ser estudadas para a construção de um sistema de saúde mais seguro (ZAMBOM; GALOTTI, 2011).

Estudos internacionais envolvendo pacientes internados mostraram que os eventos adversos acometem de 2,9 a 16,6% das internações hospitalares. Quando se fala em incidentes, revelaram taxas ainda maiores, podendo atingir até 60% das admissões hospitalares. Destes, os passíveis de prevenção, ou seja, decorrentes de erros evitáveis, corresponderam a aproximadamente metade dos episódios. A maior parte dos eventos adversos acarretou incapacidades leves, entretanto, 4,9 a 13,6% destes eventos contribuíram para a morte dos pacientes (DAUD-GALLOTI; NOVAES et al., 2005; DAUD-GALLOTI; NOVAES et al., 2006)

Estima-se que a probabilidade de ocorrência de erros com potencial para causar danos seja três vezes maior em crianças hospitalizadas do que adultos na mesma situação, devido a diferenças fisiológicas e metabólicas do organismo. (KAUSHAL; BATES, 2001).

A *American Academy of Pediatrics*, em parceria a *Agency for Healthcare Research and Quality*, realizou o estudo "*The Learning from Errors in Ambulatory Pediatrics*", e encontrou 147 erros decorrentes de 14 práticas do atendimento em saúde em um período de 3 meses. Os erros mais comuns foram relacionados ao tratamento médico (37%), seguidos por erros na identificação dos pacientes (22%) e erros em cuidados preventivos, como: imunizações (15%); testes diagnósticos (13%); comunicação (8%); e outras causas menos frequentes. Dentre os erros de tratamento médico, 85% foram erros de medicação, relacionados à prescrição incorreta, a não prescrição, à administração, à transcrição e à dispensação do medicamento (MOHR et al., 2004).

Estudo realizado em hospitais dos Estados do Colorado e Utah, nos Estados Unidos, analisou 3.719 prontuários de pessoas com idade entre 0 e 20 anos, hospitalizadas no ano de 1992. Nos resultados, expuseram que 1% das crianças foram vítimas de eventos adversos durante a hospitalização, sendo 0,6% desses eventos preveníveis. Como conclusão, apresentou que partindo do princípio que 7 milhões de crianças são hospitalizadas por ano nos Estados Unidos, 70.000 experienciam erros na assistência hospitalar, e que aproximadamente 42.000 desses erros poderiam ser de alguma forma prevenidos. Relata ainda, que no ano de 1992, entre 1.200 e 2.100 crianças tiveram seu tempo de internação prolongado ou algum déficit de saúde devido aos erros (WOODS et al., 2005).

No Brasil, pesquisa realizada por Harada et al. (2003) em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos de um Hospital Universitário em São Paulo, identificou 113 ocorrências de eventos adversos, com 38 pacientes, entre 0 e 17 anos; sendo a média de 2,9 ocorrências por criança. A pesquisa detalhou ainda que aproximadamente 23 das 38 crianças foram vítimas de um a três erros durante a assistência hospitalar; sendo que 6 crianças sofreram de quatro a seis erros, 2 mais de seis e uma das crianças passou por onze eventos.

Diante do exposto, a abordagem da temática é relevante por possibilitar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre os fatores de risco existentes, como também, as possíveis barreiras que podem ser implantadas no intuito de promover a segurança do paciente pediátrico e sua família no processo de hospitalização.

A partir disto, a questão norteadora deste estudo foi:

Qual a percepção da equipe de enfermagem quanto aos fatores de risco que podem interferir na segurança do paciente pediátrico durante o período de hospitalização em uma unidade de internação pediátrica de um Hospital Universitário da região sul do Brasil?

2 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção da Equipe de Enfermagem sobre os fatores de risco que podem interferir na segurança do paciente pediátrico durante sua hospitalização em uma unidade de internação pediátrica e os métodos de barreira para minimizá-los.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Os subsídios teóricos sobre o tema foram levantados por meio das bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Base de Dados de Enfermagem (Bdenf), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Publicações Médicas (Pubmed) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl), utilizando-se as seguintes palavras-chave: risco, evento adverso, segurança do paciente e segurança do paciente pediátrico. Além dos artigos, livros também foram consultados.

3.1 Segurança do Paciente

As ações em segurança do paciente visam minimizar os riscos que possam prejudicar o paciente durante o atendimento em saúde (OMS, 2009).

No ano de 1999, ao publicar *To err is human: Building a Safer Health System*, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos provocou a reflexão mundial sobre o tema segurança, e mostrou a necessidade que os sistemas de saúde têm de repensar sobre suas práticas de assistência (OMS, 2009). Durante a Assembléia Mundial em Saúde, em 2002, a OMS começou sua mobilização para a segurança do paciente e a melhora da qualidade da assistência. Em 2004 criou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para Segurança do Paciente), voltada para o desenvolvimento de políticas e práticas para promover a segurança do paciente em todos os países membros da OMS (OMS, 2009).

A criação da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente foi um importante passo na busca dos países desenvolvidos para melhorar a segurança dos cuidados em saúde. Na época, eram escassos os financiamentos para pesquisas dentro dessa proposta, inicialmente vista como uma ameaça aos prestadores de serviços em saúde. Os objetivos iniciais do programa basearam-se em deliberações discutidas em eventos importantes do ramo de saúde realizados nos anos de 2003 e 2004 em Londres e Dublin, que definiram seis áreas focais de atuação: tornar a segurança do paciente foco de preocupação a nível mundial; envolver os pacientes e os consumidores do serviço na própria segurança; desenvolver uma taxonomia específica para segurança do paciente; incentivar pesquisas na área; elaborar soluções para diminuir os riscos oferecidos pelo serviço e melhorar a segurança do paciente; e incentivar a notificação, transformando-a em aprendizado para aumentar o conhecimento e consequentemente a segurança dos pacientes (WHO, 2005).

Em 2008 a WHO lança um documento intitulado “*Summary of the Evidence on Patient Safety: implications for research*”, que veio a cumprir uma das áreas focais da aliança, que era a de incentivar pesquisas na área.

Em 2009, por meio de um grupo de especialistas em segurança do paciente (*Drafting Group*), divulgou resultados que contemplaram mais uma das áreas focais da Aliança, a publicação intitulada “*The Conceptual Framework for the Internacional Classification for Patient Safety*” (Estrutura Conceitual para a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente).

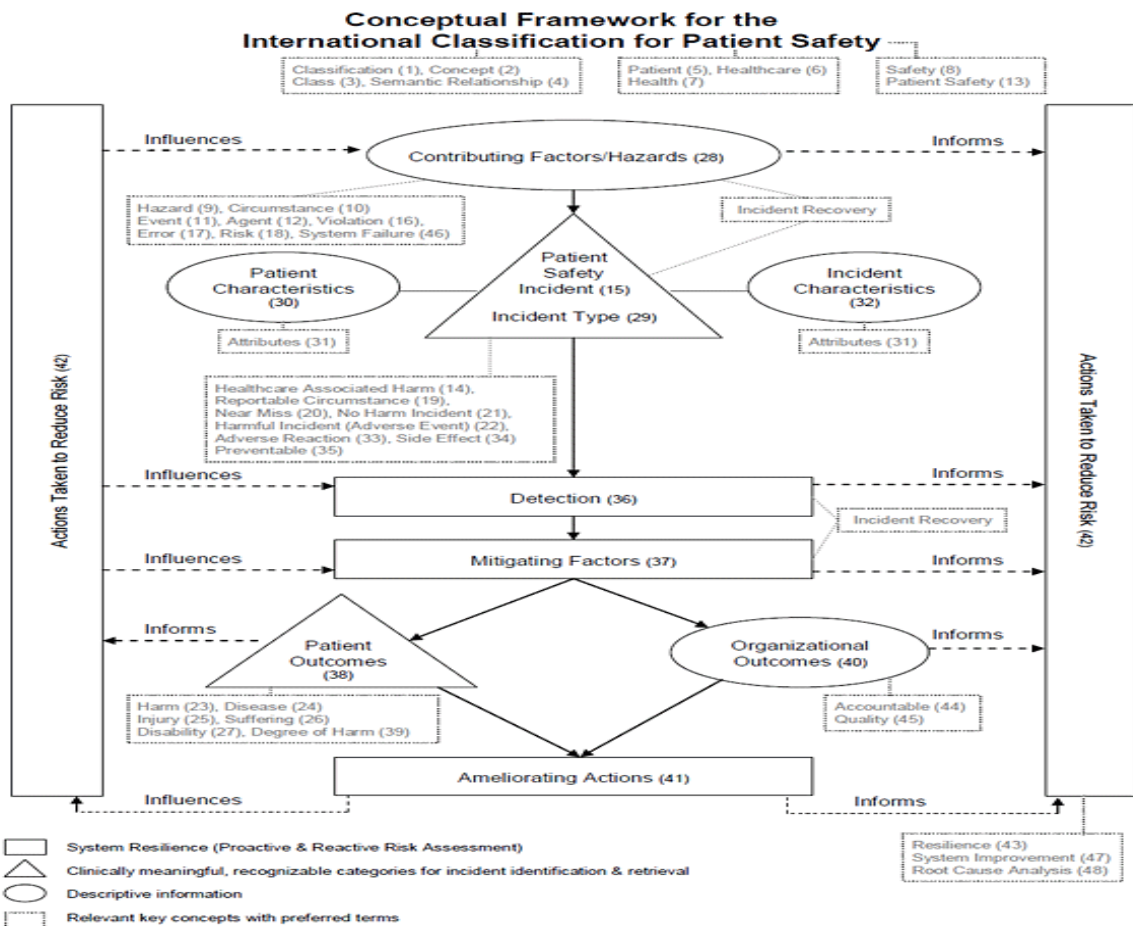


Figura 01: *Conceptual Framework for the Internacional Clasificación for Patient Safety*

Fonte: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/conceptual_framework/

A estrutura serviu como base para a criação de uma taxonomia própria para a temática e padronizou os conceitos e registros em segurança do paciente. Foram criadas 10 classes, envolvendo 48 fatos chaves essenciais para facilitar o entendimento e a transferência de informações relevantes sobre erros ocorridos em saúde. A Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS) visa proporcionar uma compreensão razoável do mundo da

segurança do paciente e de seus principais conceitos, para que as classificações regionalistas possam ser relacionadas (OMS, 2009; BOHOMOL e DENSER, 2010).

Quadro 1. Classificação Internacional para a Segurança do Paciente

Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS)	
<p>1. Tipos de Incidente</p> <p>Administração clínica Processo clínico/ Procedimentos Documentação Infecção hospitalar Medicação/ Fluídos endovenosos Hemoderivados Nutrição Gases/ Oxigênio Equipamento médico Comportamento Acidentes com o paciente Estrutura Gerenciamento de recursos/ Organizacional</p>	<p>2. Resultados do Paciente</p> <p>Tipo de Dano Impacto Social/Econômico Grau de Dano</p>
<p>3. Características do paciente</p> <p>Danos demográficos do paciente Razões para admissão Outros diagnósticos/procedimentos</p>	<p>4. Características do Incidente</p> <p>Origem do incidente Descoberta do incidente Registro/notificação do incidente</p>
<p>5. Fatores Contribuintes/Perigos</p> <p>Atenção Primária Instituição de assistência a comunidade Saúde Mental Reabilitação Casa de repouso Hospital geral Farmácia Comunitária Cuidado domiciliar Serviços de Remoção Dentista Outros</p>	<p>6. Resultados Organizacionais</p> <p>Fatores Humanos Fatores do paciente Fatores ocupacionais/ambientais Fatores organizacionais/serviços Fatores externos Outros</p>
<p>7. Detecção</p>	<p>8. Fatores mitigantes</p>

Pessoas envolvidas Processo	Dirigido ao paciente Dirigidos ao staff Dirigidos a organização Dirigidos a um agente Outros
9. Ações de melhora/Conteção Realacionadas ao paciente Relacionadas a organização	10. Ações adotadas para redução do risco Fatores relacionados ao paciente Fatores relacionados ao staff Fatores organizacionais/ambientais Fatores relacionados ao agente-equipamento

Fonte: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/>

Ainda em 2009, a WHO também atualizou e validou suas nove soluções para ajudar a minimizar os riscos do atendimento em saúde, publicadas em 2007 e em teste até então. As soluções, elaboradas pela WHO e seu Centro Colaborador, foram divulgadas em vários sites relacionados à saúde para alcançarem visibilidade (WHO, 2011).

Com resultados alarmantes de pesquisas revelando as inúmeras mortes de gestantes, parturientes e recém nascidos (287.000 mulheres morreram durante a gestação ou durante o parto em 2010) o último lançamento da WHO, divulgado em Novembro de 2012, foi o “*Safe Childbirth Checklist*” (Checklist para o Nascimento Seguro). A edição piloto do estudo iniciou na Índia, para dar suporte à assistência das necessidades essenciais das parturientes do país. O instrumento foi desenvolvido seguindo uma metodologia rigorosa e testado em 10 países da África e da Ásia. Ele contém 29 itens, que enfocam as maiores causas de morte materna (hemorragias, infecções, distúrbios hipertensivos), problemas durante o parto (assistência inadequada) e mortes neonatais (asfixia, infecções e complicações relacionadas à imaturidade dos sistemas orgânicos). Estima-se que o estudo seja finalizado em 2016, quando for aplicado em pelo menos 100 hospitais da Índia (WHO, 2012).

As atividades da WHO em prol da segurança do paciente repercutem também no Brasil. Em 2007, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaborou uma proposta que visa a melhoria da qualidade do atendimento hospitalar, nos moldes do projeto da Aliança da OMS (ANVISA, 2008).

No ano seguinte, grupos de enfermeiros brasileiros uniram-se para criar a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP, estratégia adotada para desenvolver a articulação e a cooperação entre instituições de saúde e educação, com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e com qualidade no país. O trabalho

da Rede foi difundido através dos pólos estaduais e municipais (CASSIANI, 2010). O Pólo de Segurança do Paciente em Santa Catarina (SEPAESC) promove a cultura de segurança do paciente no estado, por meio de cursos e eventos. Visa também, a promoção de estratégias e o desenvolvimento de ações para medida e melhoria de processos nos ambientes da assistência em saúde, como indicadores de segurança, nas instituições catarinenses. O pólo SEPAESC segue os encaminhamentos da REBRAENSP e também as diretrizes da OMS (UFSC, 2011).

Em 2010, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, visando promover uma campanha pela segurança do paciente e esclarecer a categoria quanto à identificação de falhas possíveis de gerar erros no processo de trabalho, elaborou uma cartilha, intitulada “10 Passos para a Segurança do Paciente”, que contempla os principais pontos que tem impacto direto na prática assistencial de Enfermagem no Brasil, e elenca medidas capazes de serem implantadas em diversos ambientes de cuidados para diminuir a incidência dos erros. Os assuntos abordados no manual são a identificação do paciente, a higienização das mãos - o cuidado limpo e cuidado seguro, as conexões corretas de cateteres e sondas, a cirurgia segura, a administração segura de sangue e hemocomponentes, o paciente envolvido com sua própria segurança, a comunicação efetiva, a prevenção de queda, a prevenção de úlcera por pressão e a segurança na utilização de tecnologias (COREN-SP, 2010).

Outra iniciativa tomou como referência as soluções para a segurança do paciente elaboradas pela WHO e divulgou ações de hospitais brasileiros para promover a segurança do paciente, bastante semelhantes às recomendadas internacionalmente. O Instituto Proqualis, Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente, vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) uniu e divulgou um documento onde encontram-se 13 soluções, seguidas no país, para minimizar os fatores de risco no processo de assistência ao paciente. São elas: gerenciar medicamentos com aparência ou nome parecidos; identificar o paciente (ao menos duas formas); promover comunicação adequada durante a transferência de responsabilidade do paciente; realizar o procedimento correto na parte correta do corpo; controlar as soluções eletrolíticas concentradas; garantir a adequação da medicação em todo o processo de cuidado; evitar conexão errada de cateter e de tubo endotraqueal; usar uma única vez dispositivo para injeção; melhorar a higiene das mãos para prevenir infecções associadas ao cuidado de saúde; prevenir queda do paciente; prevenir úlcera por pressão; responder à deteriorização do quadro do paciente; comunicar resultados críticos de exames e prevenir infecção da corrente sanguínea associada a cateterismo central (PROQUALIS, 2012).

Apesar de alguns hospitais promoverem ações visando a segurança do paciente, estudos nas instituições do país mostram que a ocorrência de eventos adversos nesses locais é constante. Como é o caso de pesquisa realizada em uma Unidade de Tratamento Intensivo, Unidades de Cuidados Semi-intensivos e Unidades de Internação de um Hospital privado de São Paulo, em 2006, que objetivou quantificar os números de eventos adversos ocorridos nesses locais, caracterizá-los quanto a natureza e local, além de identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros após o evento. Foi notificado o total de 229 eventos adversos; predominaram os relacionados à sondagem nasogástrica (SNG) (57,6%), seguidos por queda (16,6%) e administração de medicamentos (14,8%). As intervenções de enfermagem foram recolocação da SNG (83,3 %) e comunicação da ocorrência ao médico nos casos de erros de medicação (47,6%) e queda (55,2%) (NASCIMENTO; TOFFOLETO et al., 2008).

Pesquisa observacional, prospectiva, para determinar a incidência de eventos adversos (EAs) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, identificou que dos 218 recém-nascidos, 183 (84%) apresentaram eventos adversos, correspondendo a 2,6 EA/paciente. Os distúrbios mais frequentes foram os da termorregulação, em 29% dos casos; da glicemia, em 17,1%; e Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) de origem hospitalar, representando 13,5% dos eventos. Alguns EAs apresentaram associação com peso de nascimento ($p < 0,05$). O percentual de IRAS e a extubação não programada foi diretamente proporcional ao tempo de internamento. (VENTURA; ALVES, et al., 2012).

A qualidade é uma das âncoras na assistência de enfermagem, o que reflete a importância de se priorizar o tema segurança do paciente e o gerenciamento de riscos. Propiciar a exposição do paciente a situações de risco pode acarretar em aumento do tempo de hospitalização, em incapacidades funcionais temporárias ou permanentes e, em casos mais graves, até em sua morte (RADUNZ e HOFFMANN, 2008).

No Brasil, hoje, programas de acreditação que abrangem principalmente a rede particular de saúde, como o **Programa Brasileiro de Segurança do Paciente**, promovem a sensibilização dos gestores e trabalhadores para o tema, possibilitando a troca de informações sobre indicadores e erros entre os hospitais participantes, bem como o registro, em um banco de dados único, dos incidentes ocorridos nas práticas assistenciais. Novo, esse sistema de registro dos dados parece uma esperança para que futuramente o país tenha acesso a maior quantidade de resultados concretos da sua assistência à saúde e consiga caminhar em direção a uma cultura de segurança (PBSP, 2012).

3.2 Cultura de Segurança do Paciente

A cultura de segurança é uma cultura de aprendizagem através da retroalimentação de informações, onde a segurança de uma organização é prioridade. A organização deve focar em recolher o máximo de informação possível a respeito dos erros que permeiam seu desenvolvimento, sem expor, acusar ou punir quem erra, e sim fornecendo subsídios para que essas pessoas aprendam por meio dos erros (REASON, 1997).

Estudo realizado com a equipe de enfermagem em diferentes hospitais da rede pública e privada, no estado do Rio de Janeiro, apontou a falta de conhecimento sobre o significado de eventos adversos, além da não identificação e a ausência de notificação de suas ocorrências, como fatores que podem encobrir as verdadeiras taxas de ocorrência de eventos adversos nas instituições (SILVA et al., 2011). Sem notificação, torna-se inviável um trabalho de aprendizagem com os erros como prevê a cultura de segurança.

Como meio de detecção de erros e eventos adversos, o sistema de notificação é necessário, pois permite que o profissional relate detalhadamente as circunstâncias que envolveram o evento. A identificação de eventos que resultaram em prejuízos ao paciente durante a prestação de serviços hospitalares é relevante, pois acarreta em melhora na qualidade do atendimento e segurança aos pacientes através da revisão constante das técnicas e práticas profissionais pelos órgãos reguladores da profissão (BELELA et al., 2010).

Diversos fatores podem ser apontados para a não notificação de eventos adversos pela equipe de enfermagem durante a sua prestação de serviço, como: dificuldade em identificar os incidentes e/ou eventos adversos como sendo prejudiciais ao paciente; a não incorporação da notificação como rotina de trabalho; cultura de punição frente ao erro cometido, existente nas instituições, e decorrente tendência a omissão dos fatos (PAIVA e BERTI, 2010).

A responsabilidade pelos erros não deve ser projetada diretamente nos profissionais, mas sim no sistema em que estão inseridos. Para que o ambiente de trabalho preze pela segurança do paciente, a instituição deve incentivar a educação permanente de seu pessoal, por meio de programas de atualização; implementação da cultura de segurança; padronização de processos e introdução da avaliação constante da equipe de saúde, com o objetivo de identificar possíveis erros antes que prejudiquem o paciente. Os erros são resultado de um sistema de saúde deficitário, e como prevenção as estratégias devem ser focadas nas fraquezas do sistema e não nos trabalhadores (CASSIANI et al., 2009).

Assim, em acordo à Cultura de Segurança, a ocorrência de erros deve ser interpretada como decorrente de falhas dos sistemas relacionados à atenção à saúde. São as vulnerabilidades presentes nos sistemas que favorecem a prática de erros pelos indivíduos envolvidos com o cuidado. Uma vez que os seres humanos cometem erros em qualquer tipo de atividade, os sistemas devem ser reformulados para tornar mais difícil a realização de ações errôneas e mais fácil à adoção de atitudes corretas (ZAMBON e GALOTTI, 2011).

Em 2008, contemplando uma das áreas focais da Aliança, a WHO lançou o documento “*Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research*” (Sumário das Evidências em Segurança do Paciente – Implicações para a Pesquisa), resultado de buscas e trabalhos extensos que visaram identificar a carência de informações em determinadas áreas do conhecimento em segurança do paciente para incentivar pesquisas, e o desenvolvimento de métodos que aprimorassem os trabalhos e aumentassem a segurança em saúde (WHO, 2008).

Para entender os problemas enfrentados pelos gestores, pediu a um grupo de experts que levantassem prioridades de pesquisa na área de segurança do paciente. Como a segurança do paciente é frequentemente descrita como um pré-requisito para a alta qualidade do serviço em saúde, o grupo usou um quadro composto por três componentes de qualidade (estrutura, processo e resultados) para elencar os problemas da temática, compatíveis a cada uma das três esferas, que fossem relevantes (WHO, 2008).

Com pesquisas na literatura o grupo identificou 23 áreas com lacunas de conhecimento e pesquisa, e descreveu como cada uma delas tem impacto sobre a segurança do paciente. As áreas foram divididas conforme os três componentes de qualidade: I - *Resultados de um cuidado inseguro*; II - *Fatores estruturais que contribuem para um cuidado inseguro* e III - *Processos que contribuem para um cuidado inseguro* (WHO, 2008).

A Agência de Pesquisa e Qualidade do Cuidado em Saúde dos Estados Unidos da América define 'resultados' como os resultados das consequências das atividades/intervenções clínicas realizadas pelos profissionais de saúde; 'estrutura' como os recursos disponíveis e os arranjos organizacionais para promover a saúde, e 'processo' como as atividades de cuidado em saúde desenvolvidas pelos profissionais. Dentro dessa definição, como exemplo podemos tomar que as consequências específicas, como infecções hospitalares ou eventos adversos por medicação, podem ser categorizados como resultado da assistência insegura; mecanismos como falhas na organização estrutural e de material são característicos da falha estrutural da instituição; e a comunicação insuficiente entre os profissionais reflete a falha no processo de trabalho.

A agência relata ainda que há uma lacuna de falta de informações sobre a prevalência e ocorrência dos erros em saúde, bem como seus efeitos. Sendo assim, seria impossível delinear sistemas e protocolos eficientes para redução de erros, uma vez que precisamos saber primeiro onde e porque tais erros estão ocorrendo. Os indicadores utilizados pelos gestores de saúde ainda possuem limitações de confiabilidade e validação, limitando sua eficiência no rastreamento de eventos adversos ou entendimentos dos mecanismos que contribuem para um cuidado inseguro ao paciente (WHO, 2008).

Os achados dos estudos realizados pela WHO sugerem que a assistência não segura ao paciente está associada a uma significativa morbidade e mortalidade em todo o mundo, e grande parte disso pode e deve ser evitada/prevenida. Eles indicam que o problema deve ser tratado de forma processual e generalista, e não focada em tópicos individuais, uma vez que se combatido individualmente geraria um efeito apenas imediato, e não em longo prazo (WHO, 2008).

3.3 O Paciente Pediátrico e a Unidade de Internação

O desenvolvimento infantil é um processo complexo que envolve as diferenças individuais e específicas de cada período, como mudanças nas características, nos comportamentos, nas possibilidades e nas limitações de cada fase da vida (VALLADARES E SILVA, 2011).

O adoecimento nas crianças promove alterações em todos os âmbitos, que podem, muitas vezes, desequilibrar seu organismo interna e externamente, e, em consequência disso, bloquear seu processo de desenvolvimento saudável, especialmente se a doença for duradoura (VALLADARES E SILVA, 2011).

A internação hospitalar pode desencadear uma série de rupturas para a criança ou o adolescente e sua família. Fatores físicos, sociais e psicológicos são envolvidos e podem levar a criança a sérios traumas referentes à hospitalização, que podem ser irreversíveis.

Estudo de revisão teve como objetivo identificar as ações de enfermagem para estímulo ao desenvolvimento infantil, no período de 2000 a 2009. Os resultados apontaram o lúdico como essencial ao desenvolvimento da criança, devendo ser explorado pela enfermagem durante a hospitalização por meio da arte, música, brinquedos e teatro, afim de amenizar o impacto da situação para o desenvolvimento. Orientar e intervir nos

relacionamentos entre as crianças em igual situação são ações de enfermagem sugeridas para o desenvolvimento social e comportamental infantil (PERES, 2012).

Com a ajuda de outros profissionais da saúde e grupos de voluntários, a Unidade de Internação Pediátrica onde foi desenvolvido este estudo mantém em funcionamento, e aberta a todas as crianças internadas no local, uma sala de brinquedos, que conta com brinquedos para todas as faixas-etárias, além de mesinhas infantis, lápis de cor, papel, jogos, gibis, sofá e televisão, contribuindo também para amenizar o impacto da mudança de ambiente para criança e acompanhante.

Além do apoio da equipe de Enfermagem, a presença dos pais e familiares acompanhando a criança durante o processo da hospitalização ajuda a diminuir as dificuldades de adaptação e a manter o vínculo com os familiares. Para as crianças a internação hospitalar se revela uma experiência bastante difícil, o que acarreta em ansiedade devido à exposição a um ambiente estressante, e onde o apoio para o enfrentamento destes sentimentos é bastante restrito, de tal forma que, uma das únicas fontes de segurança é representada pela presença dos pais (FRAQUINELLO, HIGARASHI & MARCON, 2007).

Estudo realizado com 56 crianças em um hospital pediátrico do Ceará, que se propôs a identificar as reações físicas e emocionais das crianças de 1 a 5 anos frente à hospitalização, identificou que o grupo de crianças que tiveram acompanhantes durante a hospitalização apresentou menor frequência de reações físicas (choro, vômitos, diarreia, taquicardia, inapetência, insônia) e emocionais (indiferença, medo, apatia, agressividade e irritabilidade) do que o grupo de crianças, sem acompanhantes, durante a internação (OLIVEIRA; DANTAS; FONSECA, 2004).

O Brasil somente obteve avanço em relação à humanização da assistência à criança, após a publicação da Lei N° 8.069, em 1990, regulamentando o Estatuto da Criança e do Adolescente, que em seu Artigo 12 preconiza que os estabelecimentos de saúde deverão proporcionar condições para a permanência de um dos pais ou responsável, em tempo integral, nos casos de internação de criança ou adolescente (MS, 1991).

A permanência do acompanhante em pediatria também é fator importante para a promoção da segurança do paciente. Como a criança, antes de certa idade, é incapaz de confirmar sua identidade ou realizar questionamentos consistentes sobre procedimentos assistenciais, o envolvimento do acompanhante é primordial para garantir a identificação correta da criança. É ele quem irá responder pela criança e questionar quando perceber inconsistências durante o processo assistencial.

Pesquisa observacional, realizada em unidade de internação pediátrica, com o objetivo de avaliar se a identificação do paciente, antes da administração de medicamentos e fluidos por profissionais de enfermagem, segue as diretrizes estabelecidas pela OMS em 2007, evidenciou que os profissionais, em muitas situações, perguntam ao acompanhante a identificação da criança (seja só pelo primeiro nome ou pelo nome completo) antes de realizar a medicação, e concluiu que os acompanhantes devem sim ser incluídos no processo de identificação dos pacientes, pois são agentes ativos e acompanham as crianças, participando ativamente durante a hospitalização (PORTO; ROCHA, et al., 2011).

Outro estudo visou descrever os eventos adversos identificados pelo acompanhante em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP). Muitos dos eventos adversos relatados pelos acompanhantes foram relacionados à equipe de enfermagem, principalmente na prática assistencial e pelo pouco conhecimento científico para realização de alguns procedimentos. Em relação à equipe médica, verificou-se que a falta de informação sobre o estado de saúde da criança hospitalizada é uma negligência bastante importante. Identificou-se ainda que o acompanhante reconhece estratégias que podem representar a segurança da criança na UTIP, como: a presença de vários profissionais, a tecnologia avançada e a existência de profissionais de grande excelência em seu atendimento ofertando um cuidado integral às crianças. A pesquisa referiu também a importância desenvolver mais estudos abordando a assistência da criança sob a ótica do acompanhante, possibilitando conhecer novos indicadores de segurança no cuidado à criança enferma (SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012).

Sendo assim, destaca-se a importância de a Enfermagem atuar, junto ao acompanhante, provendo formas de amenizar o sofrimento da criança hospitalizada e favorecer seu desenvolvimento, através da oferta de brinquedos ou distrações adequados à idade e de uma assistência que priorize a segurança do paciente pediátrico.

4 MARCO REFERENCIAL

O referencial pode ser definido como uma estrutura de conceitos e proposições, significativamente interligados, que resultam em uma configuração expressiva. Permeia todo o conteúdo do estudo, do planejamento à conclusão, sendo os resultados confrontados com o referencial adotado. Ele possibilita ao pesquisador conhecer várias visões de mundo, conforme sua percepção, sua experiência e sua capacitação. O referencial adotado permite que o pesquisador utilize dos conceitos e crenças de um ou de mais autores para a aplicação prática de outro, o qual poderá interpretá-los e fazer as devidas ligações com sua visão de mundo e seu contexto (FAWCETT, 1984; WALL, 2008).

Como instrumentalização para análise dos dados, utilizamos um marco referencial composto por conceitos embasados nas publicações da OMS/WHO, nos 23 tópicos do “*Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research*” (WHO, 2008) e nos pressupostos. Sendo que os pressupostos foram elaborados a partir do conhecimento prévio, crenças e valores das pesquisadoras.

4.1. Conceitos:

Paciente Pediátrico

Define-se paciente como a pessoa que recebe assistência em saúde (OMS, 2009). A Pediatria compreende uma especialidade que atende crianças e adolescentes, compreendidos entre os 0 e os 18 anos, em acordo ao Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL; ECA, 1990). Para este estudo, serão considerados pacientes pediátricos as crianças e os adolescentes entre 0 e 18 anos, que recebem assistência em saúde.

As características fisiológicas das crianças são variáveis, principalmente na primeira década de vida, acarretando mudanças na funcionalidade de cada órgão. Durante as fases de crescimento, as crianças estão em contínuo desenvolvimento, quando diferenças e processos de maturação não são matematicamente graduais ou previsíveis (SILVA, 2006). Devido à maturação dos órgãos, há diferenças entre crianças e adultos no tempo de absorção e excreção de alimentos e fármacos, fator relevante que pode ser vital em caso de ocorrência de erros, como com medicações, durante o período da hospitalização (JOHNSON, 2003).

Segurança do Paciente

A OMS define segurança do paciente como a redução de riscos ou danos potenciais associados com a assistência, que se passa no conjunto de elementos estruturais, processos, instrumentos e metodologias, baseada em evidências cientificamente provadas, com o objetivo de minimizar o risco de ocorrência de um evento adverso no processo de atenção em saúde ou de mitigar suas consequências (OMS; 2009). A segurança do paciente é uma condição inerente e o principal compromisso do sistema de saúde. Os sistemas de saúde são sistemas humanos que desenrolam-se em contextos ambientais e culturais, portanto vulneráveis e sujeitos a variações do meio ambiente e do comportamento individual e social (MALVAREZ, 2010).

Cultura de Segurança do Paciente

Cultura de Segurança é um termo da cultura organizacional geral, e é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura (HSC, 1993).

Dentro do sistema de saúde, compreende os seguintes atributos: onde todos trabalhadores da saúde (incluindo administradores) aceitam a responsabilidade pela segurança de si mesmos, seus colegas de trabalho, pacientes e visitantes; que priorize a segurança acima das finanças e metas operacionais; que incentive e premie a identificação, a comunicação e a resolução de questões de segurança; que preveja, a nível organizacional, aprender com os acidentes; que forneça recursos adequados e estrutura para manter a segurança eficaz nas instituições de saúde. Deve permear os sistemas de gestão em saúde e contar com o esforço dos profissionais para sua operacionalização através de sua implementação nas organizações (NPSF, 2001).

Fator de Risco

Define-se fator de risco como algo (uma situação ou objeto) que oferece a probabilidade da ocorrência de um incidente durante a assistência em saúde (OMS, 2009).

Incidente e/ou Evento Adverso

Incidentes sem danos são eventos que ocorrem a pacientes e não resultam em prejuízo a ele. Eventos adversos são definidos como incidentes que prejudicam o paciente. Lesões causadas por práticas assistenciais, e não pelo processo da doença base (OMS, 2009).

Os incidentes quanto à segurança do paciente são eventos ou circunstâncias que poderiam resultar, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente. Quando são de fato causadores de dano, tornam-se eventos adversos, definidos como injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que provocam lesões nos pacientes afetados, prolongamento do tempo de internação e/ou óbito (ZAMBON e GALOTTI, 2011).

Erro

É a falha na finalização de uma ação planejada ou aplicação de um plano incorreto. Os erros não são intencionais podem ocorrer por omissão (não realização de uma ação correta) ou por comissão (praticar a ação incorreta) (OMS, 2009).

Podem ser derivados de violações, que são desvios deliberados de normas ou regras para qualquer ato na assistência. Quando decorrentes de erros ou violações são considerados evitáveis. Entretanto, deve-se salientar que nem todos os incidentes são passíveis de prevenção (ZAMBON e GALOTTI, 2011).

Barreiras de Segurança

São ações que visam minimizar os fatores que risco que envolvem o processo de assistência em saúde, realizadas na tentativa de impedir a ocorrência de eventos adversos. Na literatura são exploradas como medidas preventivas dos erros e incidentes (SANTANA, et al., 2012).

4.2. *Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research* (WHO, 2008):

Sessão I – Resultados do cuidado médico inseguro

1. **Eventos adversos devido ao tratamento medicamentoso:** inclui os erros por comissão e os erros por omissão. O documento indica que são necessárias mais pesquisas sobre a prevenção dos eventos adversos em áreas ambulatoriais e em populações específicas, como em idosos e crianças, pouco descritos na literatura.
2. **Eventos adversos e injúrias devido a dispositivos médicos:** podem ser divididos em erros de fabricação, de uso do dispositivo ou de design. A WHO sugere que os eventos adversos talvez sejam um problema maior nos países em desenvolvimento, onde o equipamento médico é frequentemente inutilizável por falta de recursos. São necessários programas efetivos de vigilância para detectar esses eventos adversos.
3. **Injúrias provocadas por cirurgias e erros de anestesia:** podem ser atribuídas a falhas de estrutura e processo.
4. **Infecções associadas ao cuidado em saúde:** são infecções que tem ligação com a assistência de saúde. Elementos essenciais em um programa de controle de infecções incluem educação dos trabalhadores de saúde, sistema de vigilância e segurança bem organizados, legislação apropriada e implementação consistente de medidas básicas de controle, como a higiene das mãos. A pesquisa nessa área deve focar em pesquisar a resistência microbiana aos antibióticos e como se disseminam os microorganismos multirresistentes.
5. **Práticas injetáveis inseguras:** Mudar as crenças dos trabalhadores e assegurar o fornecimento de equipamentos e materiais poderia aumentar significativamente a segurança da aplicação de injeções. Futuras pesquisas devem ser direcionadas em validar o impacto destas estratégias e atividades sobre a transmissão das doenças através da reutilização, bem como seus custos, em termos de advertência para as infecções.
6. **Sangue e hemoderivados não seguros:** Importantes lacunas de conhecimento nessa área incluem a falta de informação sobre as infecções evitadas por estratégias específicas em segurança na transfusão de sangue, fatores de risco confiáveis sobre os doadores de sangue e os riscos residuais das transfusões quando não há programas de rastreamento local.
7. **Segurança da gestante e do recém-nascido:** é um ponto crítico para reduzir as taxas de morbidade e mortalidade durante o trabalho de parto em mulheres e RNs.
8. **Segurança do idoso:** idosos são afetados principalmente pelos eventos adversos como as medicações
9. **Injúrias devido à queda durante a internação hospitalar:** é a injúria mais comum e geralmente agrava a situação do paciente, provocando lesões, prolongamento da

hospitalização e processo por irresponsabilidade legal da instituição. As pesquisas nessa área deveriam ser voltadas para identificar novos meios de prevenção de quedas, que não contenção ou sedação, e para validar a eficácia das técnicas conhecidas para minimizar a incidência e a morbidade da situação.

10. **Úlcera de decúbito:** os fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras de decúbito são a imobilização, fricção, incontinência, comprometimento cognitivo e um baixo estado nutricional. Como sugestão da WHO, seria necessário determinar novas intervenções para prevenir as úlceras e os custos efetivos desse problema para os países.

Sessão II – Fatores Estruturais que Contribuem para o Cuidado Inseguro

11. **Determinantes organizacionais e falhas latentes:** os chamados acidentes organizacionais se originam de fatores advindos de diferentes níveis do sistema e podem envolver vários processos, falhas latentes ou pouca supervisão. Ainda há necessidade de buscar mais características e formas de aprimorar os sistemas que não incluem as notificações e cultuam a cultura punitiva no âmbito organizacional.

12. **Reponsabilidade estrutural - o uso da acreditação e regulação para garantir a segurança do paciente:** a acreditação tornou-se o principal método para alcançar a segurança do paciente. Organizações acreditadoras existem em ao menos 39 países, e espera-se que o número cresça. Futuras áreas de pesquisa podem incluir a determinação de como os padrões de acreditação e regulação colaboram para a segurança do paciente, os custos efetivos dessas atividades e como podem ser coordenados os múltiplos esforços para conseguir acreditação.

13. **Cultura de Segurança:** compreende o compartilhamento de atitudes, valores e normas relacionados à segurança do paciente. Atributos como: comunicação aberta sobre problemas de segurança; trabalho em equipe efetivo e o suporte de líderes locais e organizacionais fazem da segurança prioridade e caracterizam uma cultura de segurança do paciente positiva. Intervenções elaboradas para melhorar aspectos da cultura de segurança incluem a realização de rondas e exercícios de treinamento em trabalho em equipe. Uma exigência para medir e reportar a cultura de segurança com instrumentos padronizados pode melhorar a qualidade da segurança nas instituições.

14. **Treinamento, educação e recursos humanos:** as principais ameaças para a segurança do paciente são os números insuficientes de trabalhadores de saúde qualificados e a falta de conhecimento sobre segurança do paciente. Prevenir o desgaste dos trabalhadores e proporcionar treinamento adequado pode ajudar a reduzir os déficits na força de trabalho de

saúde. Pouco se sabe nos países desenvolvidos sobre os níveis apropriados de pessoal nos diferentes contextos clínicos que minimizariam a ocorrência de eventos adversos, e pouco se sabe sobre o treinamento e pessoal necessário para otimizar a segurança do paciente em nível ambulatorial. As lacunas no conhecimento sobre o poder do treinamento do pessoal são ainda mais substanciais em outros países. Enquanto há um compilado de evidências que treinamento inadequado e falta de pessoal qualificado provavelmente são importantes componentes de uma assistência segura, pouco se sabe sobre a magnitude desses riscos para a segurança do paciente.

15. **Stress e fadiga:** turnos prolongados aumentam os riscos que médicos e enfermeiros errem e enfrentem problemas trabalhistas. Estudos são necessários sobre como otimizar a continuidade da assistência e da educação, enquanto se reduz as horas de trabalho dos profissionais para níveis seguros.

16. **Pressão de produção:** ocorre quando a capacidade do sistema de saúde ou de um trabalhador é excedida. É difícil quantificar o quanto essa pressão influencia nos resultados do sistema de saúde, alguns estudos em andamento tentam analisar a queda nas taxas de quedas, infecções de trato urinário e úlceras de decúbito em relação ao número de enfermeiros trabalhando.

17. **Falta de conhecimento apropriado e transferência de informações:** a existência de diferentes níveis de conhecimento afeta no modo de como ele é transferido. Há pouco treino para capacitar os trabalhadores para uma comunicação efetiva e o trabalho em equipe. Se faz necessário pesquisas que respondam como a comunicação pode melhorar a segurança do paciente.

18. **Dispositivos e procedimentos sem fatores humanos:** a engenharia é um importante meio de entender os riscos do cuidado em saúde e como reduzi-los. É importante identificar modos mais efetivos de investigar a segurança dos dispositivos e riscos associados.

Sessão III – Processos que Contribuem para o Cuidado Inseguro:

19. **Erros de diagnóstico:** é um enorme e não explorado campo da segurança do paciente, com grandes taxas de atrasos e diagnósticos errados. A falta de conhecimento no assunto se dá pela dificuldade em estudar o problema, suas causas e consequências. Alguns modos de diminuir o problema seriam prover melhor estrutura para o aprendizado, instituir uma cultura de aprendizado pelo erro identificado e elaborar processos que diminuam os impactos desses erros e seus atrasos.

20. **Carência dos exames de acompanhamento:** a taxa de exames de acompanhamento para realização de diagnósticos permanecem abaixo do esperado nos países em desenvolvimento. Pesquisas são necessárias para melhorar a comunicação entre laboratório e paciente e delinear a comunicação remota de resultados de testes para pacientes que realizaram apenas o teste rápido de diagnóstico.

21. **Drogas falsificadas e de baixo padrão:** podem conter substâncias diferentes das desejadas, ou doses menores que as necessárias para o tratamento. Significam um sério risco para a saúde, seu uso repetido pode resultar em falha terapêutica, resistência à droga ou até mesmo a morte.

22. **Medidas inadequadas em segurança do paciente:** medidas confiáveis em segurança do paciente poderiam ser utilizadas para quantificar e melhorar o cuidado em saúde, fornecendo aos gestores noções de como está o serviço oferecido e possíveis áreas de atuação para melhorias. As medidas de segurança podem ser classificadas, em acordo a Donabedian, entre estrutura, processo e resultados. Deveriam ser criados e validados mais instrumentos, e métodos existentes deveriam ser refinados e atualizados para melhorar a segurança do paciente nas organizações.

23. **Falta de envolvimento dos pacientes na própria segurança:** paciente e acompanhante devem se envolver na segurança do paciente não só para promover um cuidado mais seguro mas também para evitar futuros eventos. O foco para melhorar a segurança do paciente tem estado apenas em níveis institucionais, e as informações sobre as consequências dos eventos adversos não tem sido compartilhadas publicamente. Envolver os pacientes no cuidado e na própria segurança talvez traga novos meios de reduzir eventos considerados preveníveis. Pesquisas nessa área poderiam ser realizadas para determinar os efeitos da assistência centrada no paciente, na família e na segurança do paciente, elucidando as percepções dos acompanhantes sobre segurança e qualidade.

4.3. Pressupostos

☺ Os pacientes pediátricos são seres diferenciados, que necessitam de atenção e assistência especial, como: supervisão contínua e doses farmacológicas reduzidas;

☺ A assistência da Enfermagem influencia na qualidade do cuidado prestado ao paciente pediátrico e sua família;

- ☺ Os fatores de risco estão presentes e acompanham todas as etapas da hospitalização da criança;
- ☺ O sistema de saúde é formado por seres humanos e todos os seres humanos são passíveis de erro, bem como de aprender com eles;
- ☺ É responsabilidade do profissional de saúde registrar a ocorrência de erros e notificá-la para instâncias superiores ou em sistemas específicos da instituição;
- ☺ É importante disseminar a idéia de uma cultura não punitiva e que transforme dados estatísticos em conhecimento e capacitações para os trabalhadores.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva. O objetivo de uma pesquisa exploratória é a familiarização com um assunto ainda pouco explorado. Este tipo de pesquisa depende da intuição do pesquisador. Já a pesquisa descritiva possui como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de experiências, e pode estabelecer relações entre variáveis, normalmente proporcionando novas visões sobre uma realidade já conhecida (GIL, 2008).

5.2 Local

Este estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago no período de setembro e outubro de 2012.

A UIP foi inaugurada em 09 de julho de 1980 e reformada em 31 de janeiro de 2007; está localizada no segundo andar do prédio, que possui 4 andares, e tem capacidade para atender 35 crianças.

Sua estrutura física conta com uma sala de recreação; uma sala de observação com um quarto para cuidados especiais (onde atualmente funciona a UTI neonatal, que está com suas instalações oficiais em reforma); três quartos para cuidados especiais com quatro leitos; quatro quartos para escolares com oito leitos; dois quartos para pré-escolares atendendo uma capacidade de dez leitos e dois quartos para lactentes atendendo quatro leitos. Além disso, possui também rouparia, sala de procedimentos e outros ambientes necessários para seu funcionamento dentro das normas estabelecidas.

5.3 Participantes

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de enfermagem da referida Unidade que atendessem os seguintes critérios de inclusão: atuar há no mínimo um ano no local, estar em pleno exercício profissional no período da coleta e aceitar assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). E que não estivessem dentre os critérios

de exclusão, que foram: estar na unidade há menos de um ano, estar em férias, de atestado ou em licença no período da coleta e não aceitar assinar o termo de consentimento.

5.4 Etapas da Pesquisa

O estudo foi realizado em sete etapas, sendo as mesmas exploradas abaixo:

1ª Etapa: elaboração do projeto de pesquisa do trabalho de conclusão de curso e encaminhamento do mesmo ao Comitê de Ética.

2ª Etapa: realização do pré-teste da entrevista (APÊNDICE B). O pré-teste foi realizado com duas enfermeiras e uma técnica de Enfermagem, cabe ressaltar que estes profissionais não entraram para a amostra estudada. Após a análise do pré-teste, o questionário da entrevista foi aprimorado (APÊNDICE C)

3ª Etapa: apresentação do projeto à unidade. O projeto foi apresentado à Unidade em diferentes momentos, nos turnos manhã, tarde e noite, com o intuito de abranger o maior número de funcionários e convidá-los a participar da pesquisa.

4ª Etapa: coleta dos dados. A coleta de dados foi realizada no período de setembro e outubro de 2012, por meio de entrevista semi-estruturada, sendo agendada antecipadamente com os participantes. A entrevista foi realizada no local de trabalho dos mesmos em sala reservada e gravada com um gravador digital, após o consentimento do profissional. O anonimato do profissional foi assegurado, sendo o mesmo identificado por letras e números, ou seja, para identificar a categoria profissional foi utilizado letras como: E para enfermeiros, T para técnicos e A para auxiliares de enfermagem; e, para se identificar a entrevista foi acrescido o número da mesma.

5ª Etapa: transcrição e análise das entrevistas. O processo de análise está descrito abaixo.

6ª Etapa: elaboração dos manuscritos.

7ª Etapa: elaboração final do trabalho de conclusão de curso.

5.6 Análise dos dados

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram tratados de acordo com o Modo Operativo de Minayo (2010). O Modo Operativo para análise de dados qualitativos desdobra-

se em três (03) momentos, **a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação**, que serão descritos abaixo (MINAYO, 2010).

A fase **pré-analítica** envolve a organização que objetiva a operacionalização e sistematização das idéias que conduzirão o desenvolvimento da pesquisa. São escolhidos os documentos a serem analisados e retomadas as hipóteses e os objetivos iniciais do estudo. Esse momento decompõe-se em três etapas que são: a *Leitura Flutuante*, onde ocorre um contato intenso com o material de campo, impregnando-se por seu conteúdo; a *Constituição do Corpus*, onde depois de organizados os dados, busca-se a validação de algumas normas como a *exaustividade* do material, a sua *representatividade* contemplando as características do universo pretendido, a *homogeneidade*, obedecendo aos temas de forma precisa e, a *pertinência* onde verifica-se a adequabilidade dos documentos frente aos objetivos do trabalho; e, a *Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos*, que consiste na retomada da etapa exploratória, realizando leituras exaustivas do material. Devem-se valorizar os procedimentos exploratórios, visando que a riqueza dos dados coletados não seja ofuscada pelo tecnicismo. Nesta fase, são determinadas as unidades de registro (palavras-chave; frases), unidades de contexto, os recortes e suas formas de categorização e codificação, e os conceitos teóricos mais gerais que guiarão a análise.

Na fase **exploratória** o pesquisador busca encontrar expressões e palavras significativas pelas quais, posteriormente, classificará o conteúdo, com vistas a atingir a compreensão dos textos a partir das categorias desveladas.

No último momento, que consiste no **tratamento dos dados**, as informações relevantes oriundas das categorias sofrem inferências e interpretações dos pesquisadores conforme previstas em seu quadro inicial e/ou abrem um leque para novas dimensões teóricas ou de possibilidades interpretativas. Para Ferreira (2010), as inferências trazem as deduções lógicas, causas e conseqüências. Na interpretação é preciso voltar atentamente aos conceitos, pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, é que dará sentido à interpretação.

5.7 Considerações Éticas

As questões éticas foram contempladas respeitando as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, definidas na Resolução 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, utilizando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com total liberdade de adesão, assegurando o direito do profissional pesquisado a suspender sua participação no estudo em qualquer momento da coleta de dados garantindo inclusive a segurança e proteção dos dados em todas as fases do estudo.

Este termo foi fornecido em duas vias para assinatura, sendo que uma ficou com o pesquisador e a outra com o participante, que foi previamente esclarecido quanto a metodologia, os objetivos e as finalidades do estudo em questão. O estudo trouxe grau de risco mínimo aos participantes e nenhum tipo de custo. Como benefício sustenta a possibilidade dos mesmos divulgarem seu trabalho, e caso necessário, receberem futuramente orientações adequadas para o aprimoramento de seu conhecimento no intuito de oferecer um cuidado seguro.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 108.551.

6 RESULTADOS

De acordo com as especificações da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados dos estudos devem ser apresentados em forma de manuscritos. Assim, neste estudo foram elaborados dois manuscritos, que são:

Manuscrito 01: Percepção da equipe de enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a criança hospitalizada.

Pretende-se enviar este manuscrito para a Revista Anna Nery, da escola de Enfermagem Anna Nery, RJ.

Manuscrito 02: A relação entre a percepção da equipe de Enfermagem sobre os fatores de risco à segurança do paciente pediátrico e as prioridades de pesquisa propostas pela OMS.

Pretende-se enviar este manuscrito para a Revista Enfermagem em Foco, do COFEN-BR.

Manuscrito 01

Percepção da equipe de enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a criança hospitalizada.

RESUMO: Estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, teve como objetivo conhecer a percepção da equipe de Enfermagem sobre os fatores de risco que podem interferir na segurança do paciente pediátrico durante sua hospitalização. Pesquisa desenvolvida em um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Os dados foram coletados entre Setembro e Outubro de 2012, por meio de entrevista semi-estruturada com 18 profissionais da equipe de enfermagem, seguindo critérios de inclusão e exclusão. Os dados foram analisados utilizando-se o Modo Operativo de Minayo (2010). As categorias encontradas, mais citadas durante as entrevistas, foram: definições de fatores de risco, terapia medicamentosa, identificação do paciente, ambiente físico e métodos de barreira. Os resultados mostram que os membros da equipe de enfermagem convergem em suas percepções, expressando situações do cotidiano como fatores de risco, além de citarem possíveis métodos de barreiras. Assim, a equipe de enfermagem identifica alguns fatores de risco, às vezes evidenciados pelo cotidiano, mas não interligando o conceito ao da OMS, principalmente quanto à segurança do paciente. Ressalta-se a necessidade de sensibilização dos trabalhadores para o desenvolvimento de estratégias que amplifiquem os olhares sobre os fatores de risco e a segurança do paciente, e para a implantação de barreiras de segurança.

Descritores: Fatores de Risco. Segurança do Paciente. Enfermagem Pediátrica.

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar, com sua macrocomplexidade, oferece inúmeros riscos, que são chances da ocorrência de eventos adversos que podem resultar em efeitos negativos aos pacientes (SILVA, L. D., 2012). Com isso a assistência ao paciente é constantemente ameaçada pelos fatores de risco, definidos como a probabilidade da ocorrência de um incidente durante a assistência em saúde (OMS, 2009).

Resultados internacionais evidenciam o aumento significativo da frequência de ocorrência de eventos adversos durante a assistência, que repercutem no aumento da morbimortalidade hospitalar, prolongam o tempo de hospitalização e aumentam os custos dos tratamentos (VENTURA, ALVES & MENESES, 2012) (SANTOS, et. al, 2010).

O tema Segurança do Paciente ganhou visibilidade após os Estados Unidos da América divulgarem, em 1999, resultados de saúde alarmantes. Em *“To Err is Human”* o país revelou que por lá ocorriam de 44.000 a 98.000 mortes anuais decorrentes de erros do sistema de saúde, e que as injúrias provocadas pelos eventos adversos preveníveis movimentavam entre 17 e 29 bilhões de dólares todos os anos (WHO, 2010).

Desde então, muitos programas foram criados, tanto internacional quanto nacionalmente, com a finalidade de incentivar as pesquisas e sensibilizar os profissionais para o problema.

O termo Segurança do Paciente pode ser definido como a redução do risco e de danos desnecessários associados à assistência em saúde (OMS, 2010), e é protegido e disseminado dentro da Cultura de Segurança, que é uma cultura de aprendizagem através das notificações dos resultados, onde a segurança de uma organização é prioridade. A organização deve focar em recolher o máximo de informação possível a respeito dos erros que permeiam seu desenvolvimento, sem expor, acusar ou punir quem erra, e sim fornecendo subsídios para que essas pessoas aprendam por meio dos erros (WHO, 2008).

Na tentativa de estabelecer um ambiente seguro e evitar a ocorrência de erros, a Cultura de Segurança do Paciente preconiza que os incidentes ocorridos sejam relatados e notificados, possibilitando posterior análise dos resultados assistenciais pelos gestores para que as instituições possam adotar práticas preventivas e educacionais

fundamentadas (CORBELLINI, et al, 2011). Para que a notificação do acontecimento ocorra, é recomendável que o método de punição frente ao erro seja abolido, uma vez que o medo perante a repressão dificulta que os trabalhadores assumam tais acontecimentos (PAIVA & BERTI, 2010).

Vários estudos dentro da temática Segurança do Paciente são realizados anualmente. Muitos deles evidenciam a fragilidade que o público pediátrico possui frente à assistência em saúde, como é o caso de estudo realizado na Inglaterra, entre 2007 e 2008, com o objetivo de analisar os incidentes que acometem medicação, que identificou que a faixa etária mais acometida foi a de zero a quatro anos de idade e os erros de dose e/ou concentração corresponderam a 23% dos eventos envolvendo crianças e neonatos. O segundo tipo de erro mais relatado foi o erro de omissão e o terceiro o erro de administração (NATIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2009).

Estudo realizado em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos registrou 71 notificações de 110 erros de medicação, representando uma ocorrência de 227 erros por 1000 pacientes/dia (BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010).

Nesse contexto, ressalta-se que a população pediátrica, possui risco de dano três vezes maior do que adultos na mesma situação (KAUSHAL & BATES, 2001). Quanto se trata de hospitalização infantil, muitos fatores estão envolvido para sua segurança, devido suas especificidades quanto ao seu estágio de desenvolvimento, peso, idade, área corporal e condições clínicas. O zelo no cuidado com o paciente pediátrico exige dominar os erros e analisar quais fatores levaram a ele, botando em risco a segurança da criança, para que seja implementado medidas para melhorar estes fatores, diminuindo, assim, que cheguem a ser erros (YAMAMOTO; PETERLINI; BOHOMOL, 2011).

Assim, é relevante levantar a percepção da equipe de Enfermagem sobre os fatores de risco que podem levar os profissionais a cometerem erros no intuito de promover uma assistência segura.

A partir disto, o presente estudo teve como objetivo conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre os fatores de risco que podem interferir na segurança do paciente pediátrico durante sua hospitalização.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, realizado com a equipe de Enfermagem de uma unidade de internação pediátrica de um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2012, por meio de entrevista semi-estruturada, aplicada individualmente e no local de trabalho dos participantes, com agendamento prévio; sendo que as mesmas foram gravadas com o consentimento dos participantes. A unidade conta atualmente com oito enfermeiros, 26 técnicos de enfermagem e cinco auxiliares de enfermagem. Cabe ressaltar que os participantes estavam dentro dos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Os critérios de inclusão foram: ter no mínimo seis meses de atuação no cenário da pesquisa, estar em exercício profissional no período da coleta e aceitar participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. E os de exclusão foram: não aceitar participar da pesquisa, estar afastado, em licença saúde ou férias no período do estudo. Realizado antes das entrevistas, o pré-teste do questionário semi-estruturado com duas enfermeiras e um técnico em enfermagem, sendo estes excluídos da amostra do estudo. A partir disto, o questionário foi reformulado e aplicado aos participantes.

A entrevista semi-estruturada realizada com os participantes do estudo compreendeu cinco questões, porém neste artigo serão exploradas quatro, pertinentes ao objetivo proposto, que são: *O que você entende por fatores de risco à segurança do paciente pediátrico? Quais os fatores de risco que você percebe na unidade? Quais geram intercorrência com maior frequência? O que você faria para que não existissem esses fatores de risco?*

O anonimato do profissional foi assegurado, sendo o mesmo identificado por letras e números, ou seja, para identificar a categoria profissional foi utilizado letras como: E para enfermeiros, T para técnicos e A para auxiliares de enfermagem; e, para se identificar a entrevista foi acrescido o número da mesma.

Após a transcrição das gravações os dados obtidos por meio das entrevistas foram analisados de acordo com o Modo Operativo de Minayo (2010), seguindo as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 108.551, em conformidade com os princípios da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Durante a pesquisa, todos os preceitos éticos foram respeitados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 18 profissionais da enfermagem, sendo seis enfermeiras, 11 técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. Destes, 17 são do sexo feminino e um do sexo masculino, e atuam na referida unidade em média oito anos. Sete dos profissionais mantêm ainda um segundo vínculo empregatício com outra instituição.

Após a análise e a categorização das informações levantadas, foram identificadas 14 categorias referentes às quatro questões propostas, que foram: definições de de fatores de risco; procedimentos de enfermagem; identificação do paciente; terapia medicamentosa; competências profissionais; ambiente físico; transferência de informações em frente aos pacientes e entre os profissionais; diagnóstico médico; imaturidade infantil; higienização das mãos e profissional como vetor; material permanente e tecnologia; rotatividade dos acompanhantes; déficits no número de profissionais; erro e métodos de barreiras. Sendo que destas, cinco serão exploradas neste artigo por terem respondido o objetivo proposto, e terem sido destaque nas respostas dos profissionais pelo grande número de informações levantadas, que são: fatores de risco, terapia medicamentosa, identificação do paciente, ambiente físico e métodos de barreira.

Definições de fatores de risco

Os participantes tiveram diferentes formas de expressar o que entendiam sobre fatores de risco, havendo uma diferença significativa na forma com que os mesmos responderam. Cinco, dos seis Enfermeiros, responderam com definições teóricas, formando conceitos; e, oito dos doze técnicos de Enfermagem, responderam com definições concluindo com exemplos, os outros quatro técnicos responderam citando exemplos do cotidiano. Esta diferença se ilustra nas seguintes falas:

“Eu acho que fatores de risco são as situações a que o paciente está exposto quando está internado, aqui no nosso caso, quando está internado aqui na pediatria, que possa trazer algum prejuízo pra ele, que possa interferir na saúde dele, que possa estar causando algum risco.” (E 1)

“Eu acredito que seja tudo que pode comprometer a saúde da criança, que pode levar a uma falha. Alguma falha que acarrete no comprometimento na saúde da criança.” (E. 5)

“(...) está relacionada à atividade de enfermagem e de outras áreas também aqui da unidade, outras equipes de profissionais. Dentistas, médicos, psicólogos, até mesmo a limpeza.. para mim cada um tem sua parcela (...)” (T. 12)

“ (...) fator de risco é tudo que põe em risco o cuidado, a saúde e a vida da criança. E na pediatria, nós enquanto profissionais, desde banho, medicação, brinquedo... tudo pode ser fator de risco (...)” (T. 7)

Comparando-se as respostas com a definição de fator de risco da OMS, percebe-se que estes profissionais de enfermagem definem o significado de fatores de risco com as mesmas características da OMS, mas não realizam essa interligação. Sendo a definição da OMS *“fator de risco é a probabilidade da ocorrência de um incidente durante a assistência em saúde”* (OMS, 2009).

Os profissionais ainda ressaltam que os fatores de risco estão presentes não só na Enfermagem, mas também nas outras áreas da saúde; e para complementar as definições de fatores de risco colocam que este está presente no dia a dia hospitalar, ou seja, desde momentos como a realização de procedimentos complexos até em situações corriqueiras como o simples brincar na unidade de pediatria.

Terapia medicamentosa

A medicação foi o fator de risco que mais apareceu nas falas dos profissionais, destes cinco foram nas falas de enfermeiros e 10 nas de técnicos de enfermagem e um

auxiliar de enfermagem. Quanto aos fatores de risco na medicação os seguintes itens mencionados: doses fracionadas, prescrição incorreta, as cinco certezas, manipulação, dispensação, cálculos de diluição, padronização da farmácia, uso coletivo, tempo de infusão e estabilidade.

Os participantes afirmaram que este é o fator de risco que possui a maior prevalência e o que mais gera erros na assistência ao paciente pediátrico. Foi citado ainda que os fatores de risco quanto à medicação engloba todo o sistema, ou seja, desde a apresentação das embalagens até o ato de diluir e administrar o medicamento ao paciente na unidade de internação, como podemos verificar nas seguintes falas:

“Então eu acredito que aí é o nosso Tendão de Aquiles, questão da medicação, manipulação, preparo e administração.” (E. 4)

“Eu acho que a coisa da medicação, da diluição, a falta da padronização da farmácia é o que acontece mais frequente.” (E. 5)

“(…) a diluição que a gente encontra errada na geladeira, tal medicamento é para ser diluído em 1,8ml, e a gente encontra com 5ml, a gente encontra com 8ml, e querendo ou não traz prejuízos pra criança que está internada.” (T. 10)

É entendido que o erro de medicação pode ocorrer em qualquer fase da terapia medicamentosa, sendo esse processo constituído pelas seguintes etapas: prescrição, distribuição ou dispensação, preparo, administração do medicamento e monitorização do paciente para verificação de possíveis reações medicamentosas (HARADA et al, 2012).

Assim, para a eficácia da terapia medicamentosa devem ser aplicados diversos princípios científicos que garantam a efetividade na terapêutica. Para isto, os profissionais responsáveis devem aplicar seus saberes em cada etapa do processo medicamentoso, garantindo as nove certezas (GIRON & SILVA, 2011).

Estudo realizado em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos de um hospital universitário de São Paulo revelou 2,9 ocorrências adversas por criança como resultados da prática da assistência de enfermagem. Essa pesquisa apontou os eventos

relacionados à medicação como os mais frequentes, seguidos pela ventilação mecânica, procedimentos de enfermagem, cateteres, sondas e drenos e equipamentos/materiais (HARADA, 2003).

Além da possibilidade de gerar graves consequências para os pacientes, os erros de medicação implicam na necessidade de procedimentos extras, com consequentes gastos financeiros adicionais para as instituições e aumento de horas de dedicação da Enfermagem e de outros profissionais (SANTOS, et al, 2010). Vale ressaltar, que a Enfermagem é a última oportunidade para interceptar o erro de medicação, pois ela possui a responsabilidade sobre as etapas finais do sistema de medicação (TELLES FILHO, PRAXEDES E PINHEIRO, 2011).

Além disto, a Unidade em questão apresenta a particularidade de ser um Hospital Escola, recebendo alunos de diversas áreas, com diferentes graus de aprendizado e experiência na assistência. Havendo assim maior possibilidade de erros, e necessitando que barreiras sejam implantadas para a prevenção e promoção de uma assistência segura.

“(..) as vezes tu vai ler aquela prescrição e pensa nossa mas essa aqui é uma dose muito grande... e aí... lá as vezes... o erro deles foi que eles não dividiram aquela medicação, aquela dosagem era pra ser fracionada, pra de 6 em 6 horas.” (T. 7)

“(..) os doutorandos que copiam uma prescrição que a situação do paciente já mudou, e não reflete sobre isso, é uma dosagem, cálculo de dosagem incorreta, que é feita também pelos médicos (...)” (E. 3)

A percepção dos enfermeiros, técnicos e auxiliar de Enfermagem é convergente quanto à necessidade da realização do trabalho interdisciplinar para a eficácia da terapia medicamentosa. Os participantes ainda colocam que a comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos minimizam os riscos de erros durante o sistema de medicação.

As intenções dos profissionais da saúde, aliadas à comunicação efetiva, são imprescindíveis para a qualidade do cuidado à criança hospitalizada. Da mesma forma, o atendimento individual, o acesso e o entendimento das informações sobre o estado de

saúde da criança, as intervenções com qualidade e pontualidade, a rigorosa higienização de mãos e equipamentos, o trabalho em equipe com visão crítica e o bom senso permeiam a assistência segura na ótica dos acompanhantes (WEGNER & PEDRO, 2012).

Estudo realizado em USA, com o objetivo de avaliar as taxas de erros de medicação em pediatria, traz como resultados que 5,7% das prescrições de medicação em pediatria apresentaram erros, 0,24% mostraram reações adversas a drogas, das quais 19% eram preveníveis (KASHUAL; BATES, 2001).

A prevenção deve ser realizada em qualquer das etapas do processo medicamentoso, ou seja, todos os profissionais tem a possibilidade de notificar um erro.

Sendo assim, todos os profissionais envolvidos devem ser comprometidos com a segurança para que, ao final, a terapêutica medicamentosa tenha o efeito desejado e seu sistema seja seguro em todas as etapas.

Identificação do paciente

A identificação do paciente aparece nas falas de 13 dos profissionais, sendo cinco enfermeiros e oito técnicos de enfermagem, justificada como importante barreira na terapia medicamentosa. Porém os mesmos não se referem à identificação do paciente em outras situações, como a identificação correta antes da realização de procedimentos, trocas de crianças, entre outros.

Ainda é ressaltado que o maior problema na identificação do paciente vem de cunho institucional, ou seja, a Instituição não dá suporte adequado para a identificação correta do paciente, com; o uso de pulseiras, placas adequadas nos leitos, espaço físico reduzido, entre outros.

“(...) a pouco falta de identificação no berço, eu acho muito pequeno (...) muita gente tudo muito junto, que eu acho que isso facilita um pouco”.
(T. 3)

“(...) pela parte de identificação de leitos mesmo, o quarto coletivo, usarem cinco berços dentro de um quarto só (...).” (E. 1)

Os relatos dos profissionais evidenciam a importância da correta identificação dos pacientes na unidade, que possui disponível, atualmente, apenas oito quartos, para comportar 20 leitos. Na unidade, as crianças são divididas conforme a idade, em lactentes, escolares e pré-escolares, e ainda há dois quartos com um leito em cada, para crianças que necessitem de isolamento. Além disto, os leitos das crianças não recebem números, sendo as crianças identificadas somente pelo nome.

Com isto, se tem a maior probabilidade de crianças com o mesmo nome ficarem hospitalizadas na mesmo quarto, ou quartos próximos. Sendo que a criança é identificada por meio de perguntas ao acompanhante ou a própria criança dependendo a faixa etária.

Atualmente, no Brasil, é preocupante a forma de identificar o paciente pediátrico, visto que há poucos estudos sobre o assunto e principalmente, por ser uma área distinta (PORTO. et al, 2011) .

É a partir de uma identificação eficiente do paciente que se pode assegurar que a assistência seja realizada corretamente e traga resultados efetivos para o tratamento. A partir disso, salienta-se que é de suma importância que a instituição adote, em sua política, uma maneira de identificar seus pacientes de forma visível e que minimize as possibilidades de erros assistenciais decorrentes da troca de pacientes (FRANCISCATTO, et al, 2011).

Ambiente físico

Esta categoria foi mencionada por três Enfermeiros e cinco Técnicos de Enfermagem e um Auxiliar de Enfermagem.

Os fatores de risco associados ao ambiente físico foram principalmente quanto ao risco de queda, porém esta categoria também abrangeu relatos sobre o perigo do corredor da unidade após limpeza (piso escorregadio), os produtos químicos utilizados para limpeza, os quartos coletivos, a porta da unidade não trancada e as tomadas descobertas. Cabe ressaltar, que os mesmos relataram que a queda do berço foi um dos fatores de risco que mais gerou eventos adversos na unidade quando não havia acompanhante 24 horas por dia, porém isto ainda acontece, mas não com tanta frequência. Assim, destaca-se:

“(...) uma grade não levantada, a mãe deixar a criança sozinha no trocador, então esse é o que gera mais problema (...)” (E. 5)

“(...) a queda é mais porque esquece a grade do berço abaixada ou porque , a maioria porque dorme na poltrona com a mãe (...)” (T. 10)

*“(...) situação da criança que caiu da cadeirinha né, do carrinho(...)”
(T 2)*

Por ser uma ocorrência indesejável e de natureza danosa, a queda do paciente, é um evento adverso que pode ser prevenido. Queda é definida como: “a mudança súbita e inesperada na posição corporal em que o mecanismo estático de fixação do corpo falha e, a resposta voluntária ou reflexa para corrigir este desequilíbrio”. Trata-se de uma ocorrência que pode ser gerenciada, mediante a implantação de protocolos destinados a diminuir a ocorrência desse evento adverso (BRITO, 2011)

Há também a preocupação dos profissionais quanto aos corredores após a limpeza na unidade, visto que crianças brincam e correm durante a hospitalização, sem muitas vezes a presença de seus acompanhantes. Além, do risco para os próprios funcionários.

“Olha, fatores de risco que (...) eu percebo que tem bastante (...) piso molhado, muito piso úmido, e que a gente da enfermagem às vezes escorrega (...) e também a de produtos de limpeza, tem um cera aí que tem um cheiro muito forte (...) a unidade trabalha com pacientes que tem mais problemas respiratórios, eu percebo que agrava às vezes um pouco mais (...)” (T12)

“(...) muitas vezes o corredor quando elas lavam, fica escorregadio, quando não tá seco ainda, é um fator de risco (...).” (E6)

Nas falas acima os participantes identificaram também como fatores de risco, tanto para o paciente pediátrico e familiares, como para os próprios funcionários, os produtos químicos utilizados para a higienização do ambiente físico, pois quando utilizados podem acarretar em prejuízos devido ao forte cheiro, exposição e umidade do piso.

O risco químico é caracterizado pelo perigo a que determinado indivíduo está exposto ao manipular produtos químicos que podem causar-lhe danos físicos ou prejudicar-lhe a saúde. Consideram-se agentes químicos as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, ou que, pela natureza

da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou por ingestão (SILVA & VALENTE, 2012).

Caracterizado como fator de risco o quarto coletivo, tanto na identificação do paciente quanto no ambiente físico. Visto que, a divisão da unidade, dos quartos e das salas está diretamente relacionada ao espaço físico, pois o mesmo é restrito. A importância que a equipe dá para este fator de risco é evidenciada na fala a seguir:

“Eu não colocaria tanta criança junta como é ali (...)” (T. 3)

“ O quarto coletivo, todos usarem cinco berços dentro de um quarto só (...)” (E. 1)

A arquitetura hospitalar deve ser idealizada e realizada por alguém que conheça a real complexidade do hospital. Fazendo com que seja uma construção com soluções para flexibilidade e expansibilidade para as demandas que poderão surgir, tanto na área tecnológica como na área de humanização (MARTINS, 2004).

Ligado ainda a estrutura física da unidade, um técnico de enfermagem e um enfermeiro citaram a porta de entrada da unidade como fator de risco. A porta em questão não possui tranca, permanecendo aberta 24 horas e ainda está localizada próxima a escada.

“Tem a questão da nossa porta, da questão da saída, da criança sair muito da unidade e não ter um portão (...)” (E. 4)

“(...) a porta de segurança, que não é bem segura (...)” (T.11)

Os fatores referentes à porta de entrada da unidade foram visualizados por apenas um entrevistado de cada categoria profissional. Entretanto, a mesma não é vista como um fator de risco para todos os profissionais atuantes na unidade.

Segundo a RDC 50 (BRASIL, 2002b, p.101), as portas devem ser compostas por maçanetas, em especial do tipo de alavancas. Esta informação diverge da atual situação da unidade em questão, onde as portas podem ser abertas apenas empurrando, sem muitos esforços.

Na mesma proporção de relatos nas entrevistas, aparecem por meio de duas entrevistas, como sendo um fator de risco referente ao ambiente físico, à questão de tomadas sem tampas protetoras. A intranquilidade dos profissionais referente ao assunto é notada nas seguintes falas:

“ (...) as tomadas né... desprotegidas, que as crianças levantam no berço, vão lá na tomadinha, botam a mão na tomada(...)” (T. 2)

“ (...) as tomadas, é um risco a criança ir lá colocar o dedo e levar um choque (...)” (E. 4)

De acordo com os relatos, algumas das tomadas ainda permanecem destampadas quando não estão em uso. Porém as mesmas já oferecem riscos às crianças hospitalizadas, principalmente nos quartos de crianças com idades menores.

São considerados fatores de riscos, aqueles capazes de causar injúria a produção, a qualidade, a assistência prestada e a saúde dos trabalhadores, estes sendo procedentes de agentes, físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes (SILVA & VALENTE, 2012).

Métodos de barreira

Dentre as principais formas de barreiras relatadas pelos participantes, para minimizar o fator de risco na unidade, foi incluído nessa categoria: a capacitação dos funcionários, utilização dos cinco certos e dupla checagem durante a terapia medicamentosa; orientações às mães quanto às grades de cama; identificação do paciente; atenção durante as atividades; proteção nas tomadas da unidade; notificação de eventos adversos e ambiente físico.

Foi relatado que há lacunas de conhecimento em relação ao tema segurança do paciente, e também há uma carência de capacitações em diversos assuntos pertinentes à pediatria. Segundo os participantes, alguns estudos desta natureza já foram realizados na unidade e sensibilizaram os profissionais, no entanto abordavam áreas pontuais sobre segurança do paciente, como identificação do paciente e erros de medicações, não explorando de forma geral e ampla os fatores de risco existentes. Abaixo, salienta-se esta questão por meio das falas de alguns dos profissionais:

“Para barreira, eu acho que começa com capacitação, trabalhar (...).” (E. 1)

“(...) sempre tem que tá reciclando alguma coisa, medicação é feito, vamo lá, essa semana ou esse mês, ou de seis em seis meses, fazer seminário sobre as drogas(...).” (T. 7)

“Eu acho que deveriam existir mais capacitações (...).” (T. 10)

A capacitação possui a finalidade de desenvolver na equipe de Enfermagem novos saberes, habilidades e atitudes. A partir dessas três competências, espera-se que os profissionais tenham um desempenho qualificado no processo de trabalho e consequentemente colaborem na realização dos objetivos e metas organizacionais (COSTA, et al., 2012).

Corroborando com isto, surge a afirmação da equipe sobre o esclarecimento e a necessidade de iniciativa dos funcionários para uma assistência segura e para a adoção de uma cultura de segurança do paciente.

“(...) primeiro tem que partir de uma cultura de segurança da unidade, (...) tem que ter um movimento de que toda a equipe seja ciente e ‘seja’ envolvido no sentido de promover a cultura de segurança do paciente, (...) acho que a primeira coisa é a conscientização da equipe né?(...)” (E. 2)

“Um trabalho de formiguinha, de conscientizar as pessoas, por exemplo, o que eu vejo muitas vezes é brincadeiras, chacinhas na hora de preparo de medicação. E isso é inadmissível (...).” (E. 6)

A equipe de enfermagem deve ter como meta a assistência segura e isenta de riscos ou danos aos pacientes, e para alcançá-la, esta precisa estar amparada pelo conhecimento científico, pelas normas legais que regulamentam os direitos e obrigações relativas ao exercício profissional, assim como, na dimensão ética e moral que permeiam suas ações (SANTOS, et al, 2010).

Além disto, ainda ressaltaram a importância de conferir as "cinco certezas" na administração da medicação. As "cinco certezas" são consideradas barreiras de segurança básicas e uma das práticas mais utilizadas pela equipe de Enfermagem com o objetivo de evitar possíveis erros de medicação que causem danos ao paciente (YAMANAKA, et al, 2007). Porém, atualmente preconiza-se a confirmação de nove certezas, sendo elas: paciente certo, medicação certa, via certa, dose certa, hora certa, registro correto, conhecer a ação, apresentação farmacêutica e monitorar o efeito (SILVA & CAMERINI, 2012).

Ainda, quanto ao sistema de medicação, outra barreira abordada pelos profissionais foi à necessidade de capacitação neste assunto. Sendo que se pode perceber isto, nas falas expostas abaixo, quando afirmam a necessidade de "cinco certezas" enquanto a literatura já nos traz nove.

“ (...) como barreira, primeiro é ter as cinco certezas né (...)” (T. 9)

“ (...)qualquer miligrama, dose errada na criança pode levar a um problema sério, diferente do adulto né, então acho que as pessoas... tá faltando isso mesmo, capacitação (...)” (T. 8)

“(...) a gente sempre tenta prevenir (...) se certificar que está fazendo a coisa certa, então frisar muito em relação as certezas do paciente, com relação a dose e tudo mais, para não acontecer isso (...)” (E. 3)

Houve também como uma forte barreira para o erro, a dupla checagem da medicação. Exibida na seguinte citação:

“(...) a dupla checagem é muito interessante como barreira (...)”(E.6)

Na perspectiva em reduzir os erros de medicação, algumas estratégias devem ser consideradas durante a prática da enfermagem, tais como: implementação de prescrições informatizadas, dose unitária, uso de códigos de barras e bombas de infusão inteligentes, identificação do paciente, prescrição médica com aprazamento, contendo horário, via, dose escrita de forma clara, quando e cuidados relativos à administração e

monitorização, conforme a diluição, tempo de infusão, à realização da leitura da prescrição juntamente com o profissional, que irá confirmar a dupla checagem durante o manuseio e administração do mesmo (JORDÃO, et al, 2012).

Demonstraram também que uma das barreiras para prevenção do erro de medicação é a orientação às mães hospitalização e seus riscos, devido à inserção de um ambiente novo para ela e a criança. Pode-se verificar isto no relatado abaixo:

“(...) a gente tem que tá sempre lembrando o acompanhante, a própria equipe de sempre estar erguendo a grade da cama (...)” (E. 2)

É necessário compreender o contexto no qual as famílias estão inseridas, por meio de suas crenças e valores, formas de cuidar, recursos para prestar o cuidado à criança e rede de apoio social. A partir dessa compreensão, será possível adequar a assistência de enfermagem ao familiar e a criança, construindo assim uma relação mais harmônica na unidade de pediatria (SOUSA, GOMES & SANTOS, 2009).

A questão da identificação como um método de barreira pareceu bem clara para os entrevistados, principalmente pelos estudos que já foram realizados na unidade. Assim, os participantes falaram em estabelecer uma melhor identificação dos leitos, o uso de pulseiras, boxes de medicação com identificação individualizada, entre outros. O que fica evidente na seguinte fala:

“(...) de repente fazer boxes separadinhos, daí colocar número de leito mesmo e os pacientes serem alocados em cada número de leito (...)” (E. 5)

A identificação do paciente, para que seja segura, é necessário a implementação de alguns artifícios, como: pulseiras de identificação, o prontuário identificado, etiquetas na solicitação de exames e uma ativa e clara comunicação dos acompanhantes, no que se refere a identidade das crianças já que muitas delas não respondem verbalmente (PORTO, 2011)

Outra barreira citada pelos participantes foi o uso de protetores para as tomadas desprotegidas:

“(…) um exemplo de barreira é a tampinha nas tomadas né (…)” (E. 4)

Pesquisa realizada afirma que dentre os acidentes ocorridos na infância, 96,4% ocorreram enquanto as crianças brincavam, o que corrobora a ideia de que é durante este brincar que os pais devem atentar mais para a segurança da criança (GRISANTI; LANGE; RIBEIRO, 2003).

O relato de um técnico de enfermagem coloca como um método de barreira à alteração de rotinas da unidade, onde ele expõe como sendo de extrema importância não deixar frascos de Soro Fisiológico 0,9% com seringa e agulha no quarto da criança para higiene nasal. Pois, uma das rotinas da unidade é deixar sobre os bidês ao lado de cada um dos leitos de crianças com problemas respiratórios um frasco de Soro Fisiológico 0,9%, com agulha acoplada para aspirar o soro e posteriormente realizar a higienização nasal das crianças.

(…) a gente tem que tá sempre os frascos, assim ó, qualquer coisa, nem que seja para fazer a higiene nasal, o que for, não pode ficar no quarto (…) as vezes eu posso ter um drogadito, quem me garante que ele não vai pegar aquele agulha, ou aquela seringa que eu deixe mais a mão? Então eu acho que tem que cuidar, quem garante que aquela mãe não vai usar a seringa que eu lavei a narina de uma criança para lavar a de outra?(…).
(T.7)

A notificação dos erros ou quase erros foi levantada pelos profissionais como uma forma de barreira para "consertar os danos".

“(…) eu acho também que uma outra medida que a gente precisa ter é fazer a notificação do erro(…)” (E. 2)

Os sistemas de notificação de eventos adversos são fortes ferramentas como fontes de alerta e informação, a fim de promover a segurança no ambiente hospitalar e posteriormente contribuir para o gerenciamento da assistência de enfermagem (PAIVA, et al, 2010).

CONCLUSÃO

O presente estudo buscou conhecer a percepção da equipe de enfermagem a cerca dos fatores de risco que podem interferir a segurança do paciente pediátrico durante sua hospitalização.

Assim, os resultados evidenciam que a percepção dos Enfermeiros é embasada num conhecimento científico prévio, em acordo à definição da OMS, mas que não houve essa interligação ao conceito oficial.

O conhecimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem é fruto da prática cotidiana, pois eles identificam como fatores de risco os itens mais trabalhados na unidade sobre segurança do paciente, como segurança na medicação, identificação do paciente e risco de quedas, além de citarem métodos de barreiras, como: dupla checagem da medicação, sistema de notificação de eventos adversos, entre outros. Sendo assim, fica evidente a dificuldade em identificar os fatores de risco que expõe a unidade, de forma mais ampla e abrangente.

Sendo assim, os resultados mostram que os membros da equipe de enfermagem convergem em suas percepções, pois identificam alguns fatores de risco, às vezes evidenciados pelo cotidiano e não interligando o conceito ao da OMS, principalmente quanto à segurança do paciente.

A partir disso, ressalta-se a necessidade em qualificar os profissionais de enfermagem, constantemente, por meio de capacitações e cursos, sobre a temática segurança do paciente. Para tanto, faz-se necessária à sensibilização dos profissionais para o desenvolvimento de estratégias que amplifiquem os olhares sobre os fatores de risco e segurança do paciente, e implantem barreiras de segurança, trazendo como resultados uma assistência segura, tanto para a saúde das crianças hospitalizadas quanto para agregar qualidade ao próprio trabalho.

REFERÊNCIAS

- BAYLEY, K.B. et al. Barriers associated with medication information handoffs. In: *Advances in patient safety: from research to implementation*. Agency for Healthcare Research and Quality. 2005.
- BELELA, A.S., PETERLINI, M.A., PEDREIRA, M.L. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010
- BRITO, M. A. Implantação de um protocolo para prevenção de queda em unidades de internação médicas e cirúrgicas em um hospital escola. Trabalho de Conclusão de Especialização, Paraná 2011.
- CORBELLINI, V. L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2011
- COSTA, D.B., et. al.,. Custo de educação continuada para equipe de enfermagem de um hospital universitário público. *Rev. Eletr. Enf.* 2012
- FRANCISCATTO, L., et. al, Metas internacionais de segurança do paciente em hospital universitário Revista HCPA. 2011
- GIRON CAMERINI, F.; DOPICO DA SILVA, L. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. *Texto & Contexto Enfermagem*, 2011.
- GRISANTI, R. S.; LANGE, E. S. N.; RIBEIRO, E. A. A criança acidentada atendida no hospital um estudo psicanalítico do imaginário infantil. *Psic.*, v. 4, n. 2, p. 44-55, dez. 2003.
- HARADA, M.J.C.S.; MARIN, H.F.; CARVALHO, W.B. Ocorrências Adversas e conseqüências Imediatas para os Pacientes em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Acta Paul Enferm*, 2003.
- HARADA, M.J.C.S. et. al.,. Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. *Acta Paul Enferm*. 2012
- JORDÃO, M.M., et al.,. Tecnologias utilizadas pela enfermagem na prevenção de erros de medicação em pediatria. *Enfermagem em Foco* 2012;
- KASHUAL, R., et al. Errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *Am Med Assoc*, 2001.
- National Patient Safety Agency. Review of patient safety for children and young people. London: National Patient Safety Agency; 2009

MARTINS, V.P. A Humanização e o Ambiente Físico Hospitalar. Anais do I Congresso Nacional da Abdeh – IV Seminário de Engenharia Clínica – 2004

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Pan Americana da Saúde. Aliança Mundial para Segurança do Paciente. 2010. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=931&Itemid=686>. Acesso em 05 mai 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Learning From Error. Patient Safety Workshop. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/education/vincristine_download/en/index.html>. Acesso em 05 mai 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Geneva, World Health Organization, 2009. Disponível em <<http://www.who.int/patientsafety/en/>>; Acesso em 01 jun 2012.

PAIVA, M.C.M.S.; PAIVA, S.A.R.; BERTI, H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2010

SANTOS, J.O. et. al.. Conduas adotadas por técnicos de enfermagem após ocorrência de erros de medicação. Acta Paul Enferm 2010

SILVA, L.D. Segurança do Paciente no Contexto Hospitalar. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, L.D. ; CAMERINI, F.G. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2012

SILVA, L.S.; VALENTE, G.S.C. Riscos Químicos Hospitalares e Gerenciamento dos Agravos a Saúde so Trabalhador de Enfermagem R. pesq.: cuid. fundam. online 2012.

SOUSA, L.D.; GOMES, G.C.; SANTOS, C.P. Percepções da Equipe de Enfermagem acerca da Importância da Presença do Familiar/Acompanhante no Hospital. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009

TELLES FILHO, P.C.P.; PRAXEDES, M.F.S., PINHEIRO, M.L.P. Erros de medicação: análise do conhecimento da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011

VENTURA, C. M. U.; ALVES, J. G. B.; MENESES, J.A. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. bras. enferm.* 2012

YAMANAKA, T. I., et al., Redesenho de atividades da enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. Rev Bras Enferm, Brasília 2007.

YAMAMOTO, M.S.; PETERLINI, M.A.S.; BOHOMOL, E. Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. Acta paul. enferm. 2011.

WEGNER, W.; PEDRO, E.N.R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2012.

WONG, D. L. **Whale & Wong enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Geneva, World Health Organization, 2009. Disponível em <<http://www.who.int/patientsafety/en/>>; Acesso em 25 nov 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient safety solutions; 2007.

Manuscrito 02

A relação entre a percepção da equipe de Enfermagem sobre os fatores de risco à segurança do paciente pediátrico e as prioridades de pesquisa propostas pela OMS

RESUMO: Estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, que teve como objetivo identificar a relação entre a percepção da equipe de Enfermagem sobre os fatores de risco que podem interferir na segurança do paciente pediátrico durante sua hospitalização e as prioridades de pesquisa propostas pelo “*Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research*”, publicado pela WHO (2008). Desenvolvido em um Hospital Universitário da região Sul do Brasil. Os dados foram coletados entre Setembro e Outubro de 2012, por meio de entrevista semi-estruturada com 18 profissionais da equipe de Enfermagem, seguindo critérios de inclusão e exclusão. Os dados foram analisados utilizando-se o Modo Operativo de Minayo (2010). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 108.551. Foram identificadas 14 categorias nas respostas, que foram posteriormente classificadas dentro das 23 áreas sugeridas pela WHO (2008) como prioridades de pesquisa em Segurança do Paciente, e encaixaram-se em 14 delas. As categorias de exemplos de fatores de risco percebidas pela maioria dos entrevistados foram: terapia medicamentosa; identificação do Paciente; competências profissionais e ambiente físico. Conclui-se que a percepção dos profissionais da equipe de Enfermagem converge ao exposto pela World Health Organization como prioridade de pesquisa na área de segurança do paciente.

Descritores: Enfermagem Pediátrica, Segurança do Paciente, Fatores de Risco, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Prezar pela segurança do paciente é trabalhar visando à redução de riscos na assistência a saúde (NETO, 2006). O desafio de reduzir os riscos associados ao processo de assistência é antigo. Ainda no século XIX, Florence Nightingale, percebendo a falta de higiene do ambiente como um fator de risco à saúde, adotou critérios inovadores na área da higiene hospitalar, e introduziu o uso de desinfetantes e o isolamento de pacientes de acordo com a etiologia, promovendo um ambiente terapêutico menos inseguro ao paciente (SEIFFERT, et al., 2011). Define-se fator de risco como a probabilidade de um incidente/evento adverso ocorrer, podendo ou não acarretar em injúrias para o paciente (OMS, 2009).

Após a publicação do *To Err is Human* (Errar é Humano), que afirmou que os incidentes preveníveis movimentavam até 1999, nos Estado Unido da América, entre 17 e 29 bilhões de dólares anualmente, o assunto segurança do paciente tornou-se preocupação mundial (WHO, 2010). A qualidade do atendimento em saúde, relacionada pelos consumidores à segurança da assistência oferecida, fez com que o tema conquistasse notoriedade e espaço nas pesquisas internacionais (GHANDI; KAUSHAL, et al., 2004).

Em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para Segurança do Paciente), voltada para o desenvolvimento de políticas e práticas para promover a segurança do paciente em todos os países membros da OMS (OMS, 2009). A Aliança propôs, inicialmente, seis áreas de atuação para seus trabalhos. Uma delas era incentivar a pesquisa, e para tanto, realizou estudos que visaram identificar quais áreas necessitavam de mais pesquisas e desenvolvimento de ações para o alcance de melhorias, levando em conta os diferentes aspectos econômicos dos diversos países. Com os resultados desses estudos lançou o “*Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research*” (Sumário das Evidências em Segurança do Paciente: Implicações para a Pesquisa), que apresentou 23 áreas do tema Segurança do Paciente que necessitam ampliar o número de pesquisas e informações (WHO, 2008).

A escassez sobre o número e as ocorrência de erros e eventos adversos nos serviços de saúde dificulta o levantamento de informações precisas, e também a divulgação de resultados para a sensibilização dos profissionais da área (SILVA; 2010).

Alguns estudos deparam-se com lacunas de conhecimento científico em seu desenvolvimento e apontam a necessidade de aumento no número de pesquisas que abordem vários aspectos do tema segurança do paciente (MUETHING; GOUDIE, et al., 2012; SILVA; PASSOS; CARVALHO, 2012). Como é o caso de pesquisa internacional que mobilizou profissionais da saúde na tentativa de implementar ações de cultura de segurança em um hospital pediátrico de grande porte, com o objetivo de reduzir a ocorrência de eventos adversos na Instituição. Após entrevistas e visitas técnicas, os gestores do hospital propuseram melhorias no sistema administrativo, criaram um banco de dados para o armanejamento de notificações de eventos e posteriormente iniciaram a transformação das informações recebidas em conhecimento; e, passaram ainda a auxiliar as equipes a superar as barreiras de risco enfrentadas durante o processo assistencial. Os resultados apontam que a iniciativa contribuiu com uma significativa redução na ocorrência de eventos adversos na instituição e promoveu melhoras nos aspectos de incorporação da cultura de segurança pelos funcionários. No entanto, como conclusão, os pesquisadores ressaltam a necessidade de estudos que foquem em um melhor entendimento os fatores contextuais que envolvem o processo de implementação da cultura de segurança, bem como do significado de intervenções como as realizadas para usuários e profissionais (MUETHING; GOUDIE, et al., 2012).

Outro estudo, que objetivou identificar as características das publicações de enfermeiros sobre erros de medicação no Brasil, identificou o predomínio de publicações em quatro categorias: condutas dos profissionais diante do erro de medicação; tipos e taxas de erros; fragilidades no sistema de medicação e barreiras ao erro. Foi evidenciado que a conduta prevalente é a de não notificar o erro, sendo que o tipo de erro que mais apareceu foi na administração de medicações. A pesquisa, constatou avanços nas publicações de estudos que testam métodos de barreiras, e evidenciou lacunas no conhecimento dos aspectos farmacodinâmicos e farmacocinéticos dos medicamentos envolvidos em erros. Os pesquisadores apontam a necessidade de aumento na quantidade de pesquisas realizadas nesse eixo (SILVA; PASSOS; CARVALHO, 2012).

Diante do exposto, esta pesquisa teve como objetivo relacionar a percepção da equipe de Enfermagem sobre os fatores de risco que podem interferir na segurança do paciente pediátrico durante sua hospitalização, com as 23 áreas prioritárias em pesquisa em segurança do paciente sugeridas no “*Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research*”, publicado pela WHO em 2008.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, realizado com a equipe de Enfermagem de uma unidade de internação pediátrica de um Hospital Universitário da região Sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2012, por meio de entrevista semi-estruturada, aplicada individualmente e no local de trabalho dos participantes, com agendamento prévio; sendo que as mesmas foram gravadas com o consentimento dos participantes. A unidade conta atualmente com oito enfermeiros, 26 técnicos de enfermagem e cinco auxiliares de enfermagem. Cabe ressaltar que os participantes estavam dentro dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Os critérios de inclusão foram: ter no mínimo seis meses de atuação no cenário da pesquisa, estar em exercício profissional no período da coleta e aceitar participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido; e os de exclusão foram: não aceitar participar da pesquisa ou estar afastado em licença saúde ou férias.

Realizado antes das entrevistas o pré-teste do questionário semi-estruturado com duas enfermeiras e um técnico em enfermagem, sendo estes excluídos da amostra do estudo. A partir disto, o questionário foi reformulado e aplicado aos participantes. A entrevista semi-estruturada, realizada com os participantes, compreendeu cinco questões, que são: *O que você entende por fatores de risco à segurança do paciente pediátrico? Quais os fatores de risco você percebe na unidade? Cite os que mais acontecem por ordem de prevalência? Destes, quais geram intercorrências/erros com maior frequência? O que você faria para que não existissem estes fatores de risco? O que você faria para que estes fatores não gerassem intercorrência? Conte uma situação que você viveu ou observou (na UIP em questão) uma intercorrência em que a segurança do paciente pediátrico foi comprometida devido a algum fator de risco. Por favor, fale como ocorreu, em que momento e o que foi feito para solucionar.*

O anonimato do profissional foi assegurado, sendo o mesmo identificado por letras e números. Para identificar a categoria profissional utilizou-se de letras, como: E para enfermeiros, T para técnicos e A para auxiliares de enfermagem; e, para se identificar a entrevista foi acrescentado o número da mesma.

Após a transcrição das gravações os dados obtidos por meio das entrevistas foram analisados de acordo com o Modo Operativo de Minayo (2010), seguindo as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos

e interpretação. Conforme a segunda etapa modo operativo de Minayo (2010), realizou-se a categorização das informações coletadas, e a partir disso classificou-se as categorias conforme as áreas do “*Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research*”.

A publicação é composta por 3 eixos de qualidade principais: I - Resultados do cuidado médico inseguro; II - Fatores estruturais que contribuem para um cuidado inseguro e III - Processos que contribuem para um cuidado inseguro, que abordam o total de 23 áreas: *eventos adversos decorrentes do tratamento medicamentoso; eventos adversos e injúrias devido a dispositivos; injúrias provocadas por cirurgias e erros de anestesia; infecções associadas ao cuidado em saúde; práticas de injeção inseguras; sangue e derivados não seguros; segurança da gestante e do recém-nascido; segurança do idoso; injúrias devido à queda durante a hospitalização; úlcera de decúbito; determinantes organizacionais e falhas latentes; responsabilidade estrutural, o uso da acreditação e da regulação para garantir a segurança do paciente; cultura de segurança; treinamento, educação e recursos humanos; stress e fadiga; pressão de produção; falta de conhecimento e transferência de informações; dispositivos e procedimentos sem fatores humanos; erros de diagnóstico; carência de exames de acompanhamento; drogas falsificadas e de baixo padrão; informações inadequadas em segurança do paciente e a falta de envolvimento do paciente em sua própria segurança.*

Com isso promoveu-se uma discussão embasada na fundamentação teórica proposta pela *World Health Organization* (2008).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer nº 108.551.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 18 profissionais de enfermagem, destes, seis enfermeiros, 11 técnicos e um auxiliar de Enfermagem; predominando o sexo feminino com 17 participantes. A média do tempo de experiência dos participantes na unidade é de 8 anos.

O total de categorias encontradas foi de 14 , sendo uma de definições teóricas e 13 de exemplos de fatores de risco: definições de fatores de risco; procedimentos de Enfermagem; identificação do paciente; terapia medicamentosa, com as subcategorias:

prescrição, apresentação, diluição e administração da medicação; competências profissionais, com as subcategorias: supervisão da criança e conhecimento científico; ambiente físico, com as subcategorias: quedas, produtos químicos e higienização do ambiente; transferência de informações em frente aos pacientes e entre os profissionais; diagnósticos médicos; uso de tecnologias e material permanente; higienização das mãos e profissional como vetor; frequente rotatividade de acompanhantes; imaturidade infantil; falta de profissionais na unidade e métodos de barreiras, com as subcategorias: notificações formais e informais e cultura de segurança.

As categorias e subcategorias identificadas foram relacionadas ao número e à função dos profissionais de enfermagem que a relataram, evidenciando que a maioria dos profissionais entrevistados reconhece cerca de quatro categorias como as que demonstram os principais fatores de risco à segurança do paciente pediátrico hospitalizado: identificação do paciente, terapia medicamentosa, competências profissionais e ambiente físico. Destas quatro, três são abordadas pela publicação da World Health Organization (Quadro 1). Cabe ressaltar que a categoria Definições de fatores de risco não foi mencionada por tratar apenas de aspectos teóricos do tema, não abordando exemplos de fatores de risco em seu conteúdo, o que impossibilita sua classificação dentro das áreas da publicação.

Quadro 1. Relação entre as áreas do “*Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research*” e as categorias e subcategorias identificadas por número de profissionais

ÁREAS DO “<i>Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research</i>” (WHO, 2008)	CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DE FATORES DE RISCO IDENTIFICADAS	NÚMERO DE PROFISSIONAIS QUE MENCIONARAM A CATEGORIA
Eventos adversos devido ao tratamento medicamentoso	Terapia Medicamentosa Subcategorias: prescrição, apresentação, diluição e administração da medicação	5 Enfermeiros, 10 Técnicos e 1 Auxiliar
-	Identificação do Paciente	5 Enfermeiros e 8 Técnicos
Injúrias devido à queda durante a internação hospitalar Treinamento, educação e recursos humanos Falta de envolvimento dos pacientes na própria segurança	Competências profissionais Subcategorias: supervisão contínua da criança, conhecimento científico	5 Enfermeiros e 8 Técnicos

Injúrias devido à queda durante a internação hospitalar	Ambiente físico Subcategorias: quedas (supervisão contínua da criança), produtos químicos e higienização do ambiente	3 Enfermeiros, 5 Técnicos e 1 Auxiliar
Falta de conhecimento apropriado e transferência de informações	Transferência de informações em frente aos pacientes e entre os profissionais	1 Enfermeiro e 2 Técnicos
Erros de diagnóstico	Diagnóstico médico	1 Auxiliar
Eventos adversos e injúrias devido a dispositivos médicos Dispositivos e procedimentos sem fatores humanos	Uso de tecnologias e material permanente	1 Enfermeiro e 1 Técnico
Infecções hospitalares	Higienização das mãos e profissional como vetor	2 Técnicos e 1 Auxiliar
Falta de envolvimento do paciente na própria segurança	Imaturidade Infantil	2 Enfermeiros
Treinamento, educação e recursos humanos Pressão de Produção Stress e fadiga	Falta de profissionais na unidade	1 Técnico
Cultura de Segurança	Métodos de barreira Subcategorias: notificação formal/informal e cultura de segurança	3 Enfermeiros e 1 Técnico
-	Procedimentos de Enfermagem	3 Enfermeiros e 5 Técnicos
-	Frequente rotatividade de acompanhantes	1 Enfermeiro e 1 Técnico
-	Definições de fatores de risco	5 Enfermeiros e 8 Técnicos

A terapia medicamentosa foi a categoria de fatores de risco mais citada durante as entrevistas e a primeira das áreas citadas no documento “*Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research*” (WHO, 2008); segundo os participantes é o fator de risco de maior prevalência, o que gera maior número de intercorrências e o de maior complexidade por envolver todo o sistema de medicação. Assim destaca-se:

“(…) doses de medicação que são assim doses pequenas, a gente não usa o frasco todo, e isso acredito que pode.. claro tem pessoas que são muito experientes aqui, mas tem pessoas que estão chegando agora e aí tem

dificuldade com esses cálculos de diluição, de administração, a falta também de padronização dos medicamentos na farmácia (...)” (E. 5)

“(...) erro de medicação, tanto na hora da prescrição como na hora do aprazamento, como na hora da administração deste medicamento... tanto na prescrição, como na dispensação, na administração (...)” (E. 2)

“ Bastante medicação errada assim, tanto como prescrição, como administração, e cuidados assim (...) ” (T. 8)

Estudo realizado em Londres, no ano de 2010, concluiu que os erros de prescrição (principalmente os de dose), preparação e administração de medicação são os mais comuns da terapia medicamentosa em pediatria (GHALEB; BARBER, et al., 2010). Outro, em hospital escola no Brasil, identificou uma alta taxa de erros de prescrição e de dispensação de medicações controladas, levantando 1.632 erros concomitantes, em 632 das 705 medicações controladas prescritas (SILVA; ROSA, et al., 2011).

As crianças estão mais suscetíveis aos erros de medicação e ao desenvolvimento de reações adversas ao medicamento administrado devido à imaturidade de seus órgãos e sistemas corporais. Especialmente no primeiro ano de vida, o metabolismo dos fármacos e a função renal são menos eficientes, gerando um efeito mais prolongado e podendo ocorrer acúmulo da droga no organismo (NOVAK; ALLEN, 2007). Conforme o crescimento da criança, a absorção, distribuição, metabolização e excreção de fármacos podem ser influenciados por variações como a motilidade gastrointestinal, a deficiência enzimática e a imaturidade hepática (SAAVEDRA; QUIÑONES, et al., 2008).

Alguns dos fatores que possibilitam a ocorrência de eventos adversos com medicamentos em pediatria são a disponibilidade de diferentes formas farmacêuticas do mesmo medicamento, de diferença nas dosagens e de falta de posologia padronizada para os pacientes pediátricos. A prescrição nessa área segue ainda os mesmos critérios adotados para a prescrição dos adultos, apesar das particularidades dos pacientes (GONZALES, 2010).

Através dos relatos e dos estudos, pode-se observar que a terapia medicamentosa, citada pela maioria dos participantes do estudo, representa um risco

real e constante para todas as faixas-etárias pediátricas, principalmente lactentes e pré-escolares.

É necessário o investimento em pesquisas quanto à prevenção dos eventos adversos relacionados ao tratamento medicamentoso em públicos específicos, como idosos e crianças, ainda pouco explorados nos estudos (WHO, 2008).

A identificação do paciente foi o segundo fator de risco mais relatado pelos profissionais. Cabe ressaltar que isto pode ter ocorrido pelo fato de estudos sobre o assunto já terem sido desenvolvidos na unidade estudada, sensibilizando os funcionários sobre a importância deste tema. Um dos estudos objetivou avaliar se a identificação do paciente, antes da administração de medicamentos e fluidos, por profissionais de Enfermagem, seguia as diretrizes estabelecidas pela OMS em 2007. Foram 223 observações, e em 142 delas os pacientes foram identificados de alguma forma antes da administração de medicações e fluidos, sendo destes, somente seis pelo nome completo. Em 81 observações não houve nenhum tipo de identificação. A pesquisa levantou também que nenhum dos profissionais observados recebeu instrução específica para administração de medicação nos últimos 2 anos. Como conclusão evidenciou a necessidade de se estabelecer na unidade um sistema de identificação do paciente no intuito de garantir sua segurança (PORTO; ROCHA, et al, 2011).

No âmbito pediátrico, a imaturidade infantil impede que a criança, antes de certa idade, confirme sua identidade ou questione sobre remédios a ela administrados ou procedimentos pelo qual deve passar. Nesse ponto que o envolvimento do acompanhante na segurança da criança torna-se importante. É ele quem irá responder pela criança e questionar quando perceber inconsistências durante o processo assistencial. Espera-se que o profissional de saúde envolva o acompanhante na segurança da criança, permeando desta forma suas competências profissionais.

As falhas de identificação do paciente estão diretamente relacionadas à administração de medicamentos e à confusões na hora da realização de procedimentos e exames. Não há uma área específica de identificação do paciente no documento relacionado a este artigo, no entanto ela foi divulgada como uma das soluções para a segurança do paciente sugeridas pela WHO em 2007 (WHO, 2007). Como é vista como um importante método de barreira para minimizar riscos em outras áreas, a identificação do paciente tornou-se, em 2006, um indicador de qualidade para acreditação, pela *National Safety Patient Goals*, da *Joint Comission Internacional* (NSPG, 2006).

Os relatos dos participantes evidenciam que eles percebem a identificação do paciente, quando insuficiente, como um fator de risco para a prática assistencial. Como pode ser visto a seguir:

“(...) e assim também, botar o nome completo do paciente, o nome e o sobrenome, quando.. a gente já pegou vários pacientes, três, com o mesmo nome, mas o sobrenome diferente, né.. Botar a etiqueta, tudo direitinho, e agora a identificação melhorou bastante, nos leitos das crianças (...)” (T. 1)

“A identificação do paciente as vezes não é tão adequada quanto deveria (...)” (E. 3)

O método de identificação com pulseiras é o mais utilizado pelos prestadores de serviços de saúde. Além da identificação permanecer presa ao paciente, ainda possibilita a utilização de variadas cores de pulseiras para identificar pacientes com diferentes estados de saúde e/ou risco clínico (WHO, 2007). A percepção de que essa forma representa maior segurança para os pacientes pediátricos foi observada durante as entrevistas:

“ (...) acho que deveria ter uma identificação melhor com pulseirinhas pra bebezinhos com risco de queda, que são menores né, ou crianças com alteração neurológica, se dividir por risco ou por crianças que tem alergia a medicamentos deveriam usar pulseirinhas com uma cor diferentes, é... uma identificação melhor (...)” (E. 5)

“(...) e de repente um pouco mais de identificação, ou uma pulseira, ou uma coisa maior com o nome da criança, um crachá, sei lá, para identificar que aquela é a criança (...)” (T. 3)

A WHO recomenda que a identificação correta e visível do paciente seja providenciada logo em seguida à recepção/internação, antes da realização de qualquer intervenção ou procedimento. Sugere ainda que nesse momento o profissional aproveite para envolver o paciente e o acompanhante no processo de segurança, pedindo que confirmem os dados da identificação e encorajando-os a questionarem qualquer

procedimento que acharem suspeito. Algumas estratégias sugeridas para a correta identificação do paciente são: enfatizar que todos os profissionais de saúde são responsáveis pela implementação e confirmação da identificação do paciente; utilizar pelo menos dois identificadores para fazer a identificação segura e padronizar as abordagens de identificação dentro da instituição ou do sistema de saúde (usar o mesmo material e que contenha as mesmas variáveis para todos os pacientes) e envolver paciente e acompanhante no processo de segurança na assistência (WHO, 2007).

Envolver o acompanhante na segurança do paciente não significa transferir para ele as responsabilidades que fazem parte da atuação dos profissionais de saúde. Durante a internação, a instituição tem responsabilidade sobre as ocorrências de saúde do paciente. Na pediatria, em situações que há acompanhante durante todo o tempo, a equipe tem a responsabilidade de orientá-lo e supervisioná-lo, para que, em conjunto, zelem pela segurança da criança.

A supervisão contínua da criança é uma subcategoria envolvida em duas categorias: competências profissionais e ambiente físico. Isso se deve ao fato de aparecer nos relatos ligada a eventos de quedas de berço e poltronas, e, em algumas falas, a culpa da ocorrência é atribuída ao acompanhante da criança (normalmente a mãe).

“(...)já teve queda do berço por esse motivo... por não tar protegido no bercinho na hora que a criança tá deitada, as vezes a criança tá dormindo, a mãe esquece e vai fazer outra coisa (...)” (T. 2)

“(...) a mãe deixou a criança no trocador e quando a gente foi ver a criança tava quase caindo (...) (E. 4)

Nesse caso, vale a reflexão sobre os motivos que levaram o evento adverso a ocorrer, através de uma sucessão de falhas, que incluem a desatenção tanto do acompanhante, quanto do técnico de enfermagem, do enfermeiro assistencial e dos demais profissionais que passaram pela criança e não se atentaram em minimizar o risco ou a orientar o acompanhante (WHO, 2008).

Estudo observacional de 3 tempos, realizado em uma unidade de internação pediátrica de um hospital do Rio de Janeiro de 1985 a 2007, registrou o processo contínuo de descaracterização da função do acompanhante da criança internada, evidenciando-se na consolidação da responsabilidade do acompanhante em executar

tarefas que não são de sua competência, fator explicado pela histórica visão do serviço público como favor (RANGEL, 2007).

Espera-se o entendimento de que a presença do familiar ou de um acompanhante junto à criança hospitalizada é um fator que contribui para a recuperação mais rápida da criança e reduz os riscos da hospitalização (RANGEL, 2007). Sendo assim, o profissional deve responsabilizar-se por todas as atividades de segurança e assistência, orientando e envolvendo o acompanhante na segurança da criança, mas supervisionando-os constantemente.

Pesquisas nessa área ainda poderiam ser feitas para determinar um melhor entendimento de cultura de segurança nos países em desenvolvimento, como o Brasil, e os efeitos da assistência centrada no paciente, na família e na segurança do paciente, elucidando as percepções dos acompanhantes sobre segurança e qualidade do serviço de saúde. Relacionado às quedas, há a necessidade de identificar novos meios de prevenção, que não contenção ou sedação, e de validar a eficácia das técnicas conhecidas para minimizar a incidência e a morbidade da situação (WHO, 2008).

A segunda subcategoria envolvida nas competências profissionais é a de conhecimento. Fala-se do científico, adquirido através de cursos, capacitações, leituras técnicas e atualizações, que serve de embasamento para todas as atividades da profissão. Os participantes ressaltaram, durante as entrevistas, a falta de oferta e a necessidade de capacitações para os funcionários que chegam à unidade, e atualizações sobre segurança para todos, principalmente no que diz respeito à terapia medicamentosa, acreditando que com isso criarão barreiras para minimizar alguns fatores de risco.

“ (...) quando entra um funcionário novo ter um acompanhamento bem em cima, porque os cálculos são mais difíceis.”(Enf. 1)

“Eu já trabalho na unidade há dois anos e não teve uma capacitação para diluição, estabilidade e até mesmo administração de medicamento endovenoso. Teve um grupo que passou por aqui, fez uma capacitação de sabultamol aerossol, que eu acho que é bastante interessante, porque muita gente fazia errado e depois teve essa capacitação e o pessoal começou de certa forma a se policiar a não cometer o erro né.. na hora da administração.. e esse é o mais gritante.” (Tec. 9)

“Ah eu acho que precisa capacitação. Até é uma questão que a gente tá conversando com a nova chefia pra parar principalmente nessa questão de medicação mesmo, pra parar e não, vai ter que fazer um treinamento porque eu acho que tá faltando... tá faltando a capacitação; povo tá vindo trabalhar na pediatria mas sem noção do que é a pediatria.. do risco que é a pediatria... qualquer miligrama ou dose errada na criança pode levar a um problema sério, diferente do adulto né, então acho que as pessoas.. tá faltando isso mesmo, capacitação.” (Tec. 8)

Estudo quase-experimental, dividido nas fases de pré e pós-teste, teve como objetivo avaliar o conhecimento de técnicos de enfermagem na administração de broncodilatadores inalatórios em pacientes mecanicamente ventilados na UTI, e posteriormente capacitá-los para a correta aplicação desses fármacos. Os resultados do pré-teste evidenciaram que nenhum dos entrevistados soube descrever adequadamente as etapas da nebulização no paciente mecanicamente ventilado. Já no pós-teste, 44,11% dos participantes respondeu adequadamente. O estudo concluiu que houve um aprendizado significativo das melhores práticas com a capacitação, evidenciado através da comparação das respostas do pré e do pós-teste (VARGAS; TEIXEIRA, et al., 2012).

Em acordo ao que foi exposto, os profissionais percebem o fator de risco conhecimento (a falta dele) e estão em acordo à literatura, no que diz respeito a eficácia das capacitações. Ainda há a necessidade de mais estudos na área, como os apontados por pesquisa realizada em um hospital público brasileiro, que propôs-se a determinar os custos de um treinamento de educação continuada para os profissionais de Enfermagem. A pesquisa apontou a necessidade dos serviços de saúde conhecerem os custos dos programas de treinamento e a importância do investimento na formação e aprimoramento de recursos humanos (COSTA; VANNUCHI, 2012). Nestas áreas, a WHO também sugere, para futuras pesquisas, relacionar a falta de capacitações e de incentivo ao conhecimento com o aumento dos fatores de risco à segurança dos pacientes e o número de profissionais em cada setor que realmente torna o cuidado menos inseguro (WHO, 2008).

Cerca de 14, das 23 áreas abrangidas pelo documento, são percebidas pelos trabalhadores da unidade de internação pediátrica como relacionando-se a fatores de risco à segurança da criança hospitalizada. Não apareceram nas respostas fatores de risco relacionados às áreas de injúrias provocadas por cirurgias e erros de anestesia,

práticas de injeção não seguras, sangue e derivados não seguros, úlcera de decúbito, carência de exames de acompanhamento, drogas falsificadas e de baixo padrão, segurança do idoso, responsabilidade estrutural e falhas latentes. Apesar de que com pouca frequência, a unidade também recebe pacientes cirúrgicos e crianças que necessitem de transfusão sanguínea, e esses dois pontos não são percebidos como risco pela equipe.

As categorias citadas por menos participantes foram a transferência de informações entre os profissionais e em frente aos pacientes, o uso de tecnologias e materiais, a higienização das mãos, a imaturidade da criança, a falta de profissionais na unidade e a frequente rotatividade dos acompanhantes. Percebe-se com isso a heterogeneidade de olhares a respeito do tema dentre os profissionais da unidade.

A categoria de higienização das mãos e profissional como vetor é abordada na área de infecções associadas ao cuidado em saúde. Estas são comuns e sua ocorrência é frequentemente ligada ao serviço de assistência (WHO, 2008). O relato de um dos profissionais confirma o que foi dito pela WHO:

“(...) e a questão da diarreia, que é bem frequente aqui. (...) E na diarreia mesmo assim, se interna uma criança com diarreia, pode ver, sempre vai ter na internação mais crianças com a mesma diarreia. Até os próprios profissionais né, a questão da lavagem das mãos, que a gente quase não vê.. como são enfermarias, a gente entra e não vejo o profissional sair pra lavar a mão a cada criança ne, vai fazendo (...)” (T. 8)

O que provoca questionamentos é que a área pioneira nos trabalhos em segurança do paciente tenha sido citada por apenas 3 entrevistados, dentre eles, nenhum enfermeiro. Ampliando-se o tema para a biossegurança, podemos verificar que o problema não é só local.

Pesquisa realizada em Teresina, no Piauí, em 2009, objetivou conhecer as representações sociais da biossegurança, como a lavagem das mãos e o uso de equipamentos de segurança, elaboradas por enfermeiros, e analisar como essas representações influem na prática e na qualidade da assistência de enfermagem em áreas críticas. Para isso entrevistou 18 enfermeiros. As entrevistas revelaram sentimentos de impotência quanto ao uso efetivo das medidas de biossegurança e a necessidade da implantação de programas de educação permanente que contemplem ações práticas de

biossegurança para proporcionar uma assistência de qualidade (VALLE; MOURA, et al., 2012).

Percebe-se, com isso, que há uma necessidade coletiva da Enfermagem de estar trabalhando constantemente com reciclagens do aprendizado, não apenas com atualizações, e da necessidade do investimento em pesquisa, pois há ainda um vasto campo a ser estudado envolvendo a lavagem das mãos e a transmissão de infecções hospitalares.

Estudo bibliográfico identificou, na produção científica nacional, a forma como o profissional de Enfermagem tem abordado o tema infecção hospitalar entre os anos de 1999 e 2009. Apenas 15 artigos foram encontrados, na base de dados Scielo, e os resultados dividiram-se em cinco categorias: conceito de infecção hospitalar; compreensão sobre o tema; responsabilidade no controle; prevenção da infecção e formação acadêmica. Como conclusão a pesquisa apresentou a necessidade de aumentar a produção nacional de estudos sobre o tema, principalmente no que tange à Enfermagem e à assistência em saúde (GIAROLA; BARATIERI, et al., 2012).

Nessa área as recomendações internacionais de pesquisa voltam-se aos antimicrobianos, mais precisamente na resistência microbiana aos antibióticos, e como se espalham os microorganismos multiresistentes (WHO,2008).

Apesar de não perceberem a lavagem das mãos como fator de risco à segurança do paciente, os Enfermeiros estão na frente no que diz respeito à cultura de segurança. Metade deles ressaltou, durante a entrevista, a importância da notificação da ocorrência dos eventos adversos e de uma cultura de segurança, para minimizar os fatores de risco presentes na unidade. O trecho da fala abaixo ilustra essa preocupação:

“(...) de uma cultura de segurança da unidade, não basta um profissional só ter a preocupação da segurança, mas tem que ter um movimento de que toda a equipe seja ciente e seja envolvido no sentido de promover a cultura de segurança.” (Enf. 2)

Liam Donaldson, diretor de Segurança do Paciente da World Health Organization, escreveu no prefácio da publicação *“Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research”* que nós devemos desenvolver um melhor entendimento de como ocorrem os eventos adversos, suas causas e como são reportados, para aprender a prevení-los (WHO, 2008).

Tal visão assemelha-se à estabelecida pela cultura de segurança, que é uma cultura de aprendizagem através da notificação dos incidentes e eventos adversos, onde a segurança de uma organização é prioridade. A organização deve tentar recolher o máximo de informações possíveis sobre os erros ocorridos internamente, sem expor, acusar ou punir quem erra, e sim fornecendo subsídios para que essas pessoas aprendam por meio dos erros (REASON, 1997).

A área de cultura de segurança é abordada na publicação para a pesquisa da WHO, onde explicita sobre o compartilhamento de atitudes, valores e normas relacionados à segurança do paciente. Pesquisadores, procurando quantificar sua importância, publicaram uma relação estreita entre cultura de segurança e resultados, como infecções hospitalares. Intervenções elaboradas para melhorar aspectos da cultura de segurança incluem a realização de rondas, exercícios de treinamento e trabalho em equipe, e um programa de base não punitiva. São pontos para pesquisas futuras um entendimento melhorado dos fatores envolvendo a cultura de segurança do paciente e intervenções que melhorem sua aplicação prática. Também faz-se necessário um melhor entendimento da cultura de segurança nos países em desenvolvimento (WHO, 2008).

Realizando essa classificação, pode-se perceber que os profissionais da unidade de internação pediátrica, onde foi realizado o estudo, possuem uma percepção convergente à da WHO e à de outras equipes de Enfermagem quanto ao que são fatores de risco. A equipe reconhece as próprias deficiências na assistência, como a pouca identificação dos pacientes e a desatualização de conhecimento dos trabalhadores, e que essas deficiências devem ser supridas para garantir uma assistência mais segura à criança hospitalizada. Nesse sentido, é reforçada a idéia trazida pela WHO de que são necessários mais estudos que contribuam com o conhecimento e a sensibilização dos profissionais para a segurança do paciente, bem como que propiciem o desenvolvimento e a implementação de métodos de barreira que tornem a assistência mais segura e agreguem qualidade aos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo relacionou as percepções da equipe de Enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico hospitalizado com as

23 áreas prioritárias em pesquisa abordadas na publicação “*Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research*” da WHO. Constatou-se que os fatores de risco mais percebidos pela equipe de enfermagem (terapia medicamentosa, identificação do paciente, competências profissionais e ambiente físico) estão inclusos em áreas consideradas prioridades de pesquisa, evidenciando a necessidade de se desenvolver pesquisas que elucidem os fatores de risco e novos meios de minimizá-los em unidades de internação pediátricas.

A equipe de Enfermagem reconhece deficiências na própria assistência, e que essas deficiências devem ser supridas para garantir uma assistência mais segura à criança hospitalizada. Reforça-se assim, a necessidade de sensibilização dos profissionais para a segurança do paciente, bem como para práticas que propiciem o desenvolvimento e a implementação de métodos de barreira que tornem a assistência mais segura e agreguem qualidade aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

COSTA, D.B.; VANUCHI, M.T.O.; HADDAD, M.C.F.L., CARDOSO, MGP; SILVA LG; GARCIA, SD. Custo de educação continuada para equipe de enfermagem de um hospital universitário público. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2012 abr/jun;14(2):257-66. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.14540>. Access on 03 dez 2012.

GHALEB, M.A.; BARBER, N.; FRANKLIN, B.D.; WONG, I.C. The incidence and nature of prescribing and medication administration errors in paediatric inpatients. *Arch Dis Child*. 2010 Feb;95(2):113-8. Epub 2010 Feb 4. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20133327#>>. Acesso em 01 de dez de 2012, às 12h.

GIAROLA, L.; BARATIERI, T.; COSTA, A; BEDENDO, J; MARCON, S.; WAIDMAN, M. Infecção Hospitalar na Perspectiva dos Profissionais de Enfermagem: um estudo bibliográfico. *Cogitare Enfermagem*. Améric do Norte, 17, mar. 2012. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/26390/17583>>. Acesso 04 Dez 2012.

GONZALES, K. Medication administration error and the pediatric population: a systematic search of the literature. **Journal of Pediatric Nursing**. 2010, 25: 555-65. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21035020>>. Acesso 03 Dez 2012.

KAUSHAL, R.; GHANDI, T.K.; BATES, D.W. Epidemiologia dos Erros de Medicação e Estratégias de Prevenção. In: Cassiani SHB, Ueta J, organizadores. A segurança dos pacientes na utilização da medicação. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 21-31.

LEONARD M; GRAHAM S; BONACUM D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13(Suppl. 1):i85–i90.

LEWIS, PJ; DORNAM, T; TAYLOR, D; TULLY, MP; WASS, V; ASHCROFT, DM. Prevalence, incidence and nature of prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review. *Drug Safety* 2009, 32(5): 379-89

MUETHING, SE; GOUDIE, A; SCHOETTKER, PJ; DONNELLY, LF; GOODFRIEND, MA; BRACKE, TM, et al. Quality Improvement Initiative to Reduce Serious Safety Events and Improve Patient Safety Culture. *Pediatrics*. V. 130 N. 2. Agosto 1, 20120. Pp. E423 –e431 (doi:10.1542/peds.2011-3566). Disponível em <<http://pediatrics.aappublications.org/content/130/2/e423.short>> Acesso 02 Dez 2012.

NETO, A.Q. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *RAS* - Vol. 8, No 33 – Out-Dez, 2006. Disponível em <http://www.cqh.org.br/files/RAS33_seguranca.pdf>. Acesso 16 Mai 2012.

NOVAK, E.; ALLEN, PJ. Prescribing medications in pediatrics: concerns regarding FDA approval and pharmacokinetics. *Pediatr Nurs.* 2007;33(1):64-70.

NPSG. National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL; Joint Commission, 2006
Disponível em
<http://www.jcpatientsafety.org/show.asp?durki=10293&site=164&return=10289>
Acesso 01 Dez 2012.

PAIVA e BERTI, 2010 PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 2010; 44(2):287-94.

PORTO, TP; ROCHA, PK; LESSMANN, JC; SOUZA, S; KRETZER, L; ANDERS, JC. Identificação do Paciente em Unidade Pediátrica: uma questão de segurança. *Rev. Soc. Bras. Ped.* V.11, n. 2, p 67-74. São Paulo, 2011.

RANGEL, AH; GARCIA, J. As Diversas Faces do Acompanhamentos de Crianças Hospitalizadas. – *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.* Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 19-29, Mar., 2012. DOI:10.3395/reciis.v6i1.464pt. Disponível em
<http://www.recis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/464> Acesso 03 Dez 2012.

SAAVEDRA, I.; QUIÑONES, L.; SAAVEDRA, M.; SASSO, J.; LÉON, J; ROCO, A. Farmacocinética de medicamentos de uso pediátrico, visión actual. *Rev Chil Pediatr.* 2008;79(3):249-58.

SEIFFERT, L., WOLFF, L., WALL, M.. A Expertise de Nightingale: O Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações de Saúde. *Cogitare Enfermagem*, América do Norte, 16, set. 2011. Disponível em
<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/24293>>. Acesso 27 Jun 2012.

SILVA, A. E. B. C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Rev. eletrônica enferm*; 12(3)set. 2010. Disponível em <
<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11885>> Acesso em 03 mai 2012.

SILVA, R. C. L.; CUNHA, J. J. S. A.; MOREIRA, C. L. S. Evento Adverso em Terapia Intensiva: O que sabem os Profissionais de Enfermagem. *Revista de pesquisa: cuidado fundamental online*, 2011. abr/jun. 3(2):1848-55. Disponível em <
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1393/pdf_384> Acesso 18 Mai 2012.

SILVA, LD; PASSOS, RS; CARVALHO, MF. Características e evidências da produção científica de enfermeiros sobre erros de medicação no ambiente hospitalar. *REVRENE. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.* v. 13, n. 2 (2012). Disponível em <
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/232>> Acesso 02 Dez 2012.

SILVA, MD, ROSA MB, FRANKLIN BD, REIS AM, ANCHIETA LM, MOTA JA. Concomitant prescribing and dispensing errors at a Brazilian hospital: a descriptive study. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011;66(10):1691-7. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22012039> Acesso em 01 de dez de 2012.

VALLE, A., MOURA, M., NUNES, B., FIGUEIREDO, M.. A biossegurança sob o olhar de enfermeiros [Biosecurity in the view of nurses] [Bioseguridad bajo la mirada de enfermeros]. **Revista Enfermagem UERJ**, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 20, out. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4108>>. Acesso em: 04 Dez. 2012.

VARGAS, MAO; TEIXEIRA, C; ZANCHIN, F; GHIOT, A; PAULI, K; SCHOELLER, SD. Capacitação dos Técnicos de Enfermagem para as Melhores Práticas no uso de Broncodilatadores em Pacientes Mecanicamente Ventilados. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 505-12. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a03.pdf>>. Acesso 03 Dez 2012.

WEGNER, W. ; SILVA, T.; PEDRO, R.; Segurança da Criança Hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2011. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12977>>. Acesso 29 Nov 2012.

WHO. **Learning From Error. Patient Safety Workshop**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/education/vincristine_download/en/index.html>. Acesso 23 Nov 2012.

WHO. World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for research. 2008. Disponível em <<http://www.who.int/publications/en/>> Acesso 02 Out 2012.

World Health Organization (WHO). Patient safety solutions; 2007. Disponível em <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/patientsafety/en/index.html>> Acesso em 16 Nov 2012.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação dos fatores de risco em uma Unidade de Internação Pediátrica se faz necessária a fim de promover uma assistência em saúde segura e eficaz, possibilitando a diminuição de ocorrência de possíveis eventos adversos. Campanhas em âmbito mundial veem sendo lançadas, entretanto, pesquisas focadas na segurança do paciente pediátrico precisam ser exploradas.

Para tanto, é preciso conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre os fatores de risco que acometem a pediatria, baseando em conhecimentos científicos para desenvolver métodos de barreiras que possam ser implementadas nas instituições, promovendo uma assistência segura.

O presente estudo pretende despertar o interesse tanto em instituições hospitalares, instituições de ensino, aluno de graduação e pós-graduação quanto em profissionais de diversas áreas da saúde, para a identificação do problema e sensibilização sobre os fatores de risco que podem interferir na segurança do paciente. Recomenda-se a aplicação do estudo em outras instituições e áreas afins, para que assim haja um avanço na assistência, trazendo bons resultados que garantam a segurança do paciente.

A partir dos dados levantados, este estudo possibilitou o crescimento acadêmico e profissional, pois o tema é pouco abordado durante a graduação e, assim, propiciou novos saberes no que diz respeito à segurança do paciente, seus métodos de barreira e áreas que necessitam de mais pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. Relatório Anual de Atividades. Ministério da Saúde. 1ª Edição, 2008.
- BELELA, Aline Santa Cruz; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini and PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Rev. bras. ter. intensiva**. 2010, vol.22, n.3, pp. 257-263.
- BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente. São Paulo: Cortez, 1990. 181p
- Bright RA and Brown SL. Medical device epidemiology. In: Medical device epidemiology and surveillance. Brown SL, Bright RA, Tavriss DR, eds. Chichester: John Wiley & Sons, 2007
- BOHOMOL, E.; RAMOS, L.H. Erros de medicação: causas e fatores desencadeantes sob a ótica da Equipe de Enfermagem. **Acta Paul Enferm**. 2003;16(2):41-47.
- CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli; GIMENES, Fernanda Raphael Escobar; MONZANI, Aline Aparecida Silva. O uso da tecnologia para a segurança do paciente. **Rev. Eletr. Enf**. 2009;11(2):413-7. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a24.htm>> Acesso em 01 jun 2012.
- CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta Paul Enfermagem**, 2010; 23(6):viii.
- COREN-SP; REBRAENSP. **10 Passos para a Segurança do Paciente**. São Paulo; 2010.
- Daud-Gallotti R, Novaes HMD, Lorenzi MC, Eluf Neto J, Namie Okamura M, Velasco IT. Adverse events and death in stroke patients admitted to the emergency department of a tertiary university hospital. *Eur J Emerg Med*. 2005;12:63-71.
- Daud-Gallotti R, Novaes HMD, Lorenzi MC, Eluf-Neto J, Okamura MN, Pizzo VRP, et al. Adverse events in patients with community-acquired pneumonia at an academic tertiary emergency department: do they contribute to hospital death? *Infect Dis Clin Pract*. 2006;14:350-9
- DIAS, Monica Aguilar Estevam; MARTINS, Monica; NAVARRO, Nair. Sondeo de resultados adversos en las internaciones del Sistema Único de Salud. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, Aug. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400017&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Dec. 2012. Epub July 24, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000054>.
- FAWCET, J. **Analysis and evaluation of conceptual models of nursing**. Philadelphia: F. A. Davis Co. 1984.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOSBEE, J. Introduction to the human factors engineering series. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 2004, 30:215–219.

HARADA, Maria de Jesus, C.S Desafios Globais para Segurança do Paciente. In: HARADA, Maria de Jesus C.S; PEDREIRA, Mavilde, L.G. (Org.). CORENSP – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Enfermagem Dia a Dia: Segurança do Paciente**. p.81-91. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

HARADA, Maria de Jesus, C.S.; MARIN, Heimar F.; CARVALHO, Werther B. Ocorrências adversas e conseqüências imediatas para os pacientes em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Acta Paul. Enf.** v.16, n.3, p.62-70. São Paulo. 2003.

Health and Safety Commission. Third report: organizing for safety. ACSNI Study Group on Human Factors. London: Health and Safety Commission; 1993.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human: Building a Safer Health System**. 1999. Disponível em <<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>> Acesso em 20 abr 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century**. Washington, DC: National Academy Press; 2001. Disponível em: <http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10027> Acesso em 20 abr 2012.

JOHNSON, T. N. *The development of drug metabolizing enzymes and their influence on the susceptibility to adverse drug reactions in children*. *Toxicology*, 2003; 192: 37-48.

KAUSHAL, R.; GHANDI, T.K.; BATES, D.W. **Epidemiologia dos Erros de Medicação e Estratégias de Prevenção**. In: Cassiani SHB, Ueta J, organizadores. A segurança dos pacientes na utilização da medicação. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 21-31.

KEARNS, G. L.; ABDEL-RAHMAN, S.M.; ALANDER, S.W.; *Developmental pharmacology: drug disposition, action, and therapy in infants and children*. *N Engl J Med* 2003; 349:1157-67.

Kozer E, Berkovitch M, Koren G. Medication Errors in Children. *Pediatr Clin N Am*. 2006;53:1155-68 Disponível em <http://www.ingentaconnect.com/content/adis/ped/2009/00000011/00000001/art00017> Acesso em 01 de dez 2012.

LIMA, Luciléia Ferreira; LEVENTHAL, Lucila Coca; FERNANDES, Maria Piedade. **Identificando os riscos do paciente hospitalizado**. Einstein. 2008; 6(4):434-8.

Disponível em < <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/992-Einstein%20v6n4port%20434-438.pdf>> Acesso em 01 mai 2012.

MIRA, José Joaquín et al. *El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales: Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad*. **Rev. méd. Chile**. 2009, vol.137, n.11, pp. 1441-1448.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p. (Saúde em debate).
National Patient Safety Foundation. **National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report**. Chicago, 2001. Disponível em < <https://www.renalmd.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=515>> Acesso em 20 jun 2012.

MOHR, J.J.; LANNON, C.M.; THOMAS, K.A.; WOODS, D.M.; SLORA, E.J.; WASSERMAN, R.C.; KLECKNER, D.; UHRING, L.. *Learning from Errors in Ambulatory Pediatrics. Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*, 2004; 1:355-368.

NETO, Antonio Quinto. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **RAS** - Vol. 8, No 33 – Out-Dez, 2006. Disponível em < http://www.cqh.org.br/files/RAS33_seguranca.pdf> Acesso em 16 mai 2012.

OLIVEIRA, Gislene Farias de; DANTAS, Francisco Danilson Cruz; FONSECA, Patrícia Nunes da. O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, dez. 2004 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 dez. 2012.

OLIVEIRA, Marcos Barbosa de; FERNANDEZ, Brena Paula Magno. Hempel, Semmelweis e a verdadeira tragédia da febre puerperal. **Sci. stud.**, São Paulo, v. 5, n. 1, Mar. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 mai 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Pan Americana da Saúde. **Aliança Mundial para Segurança do Paciente**. 2010. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=931&Itemid=686>. Acesso em 05 mai 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Learning From Error. Patient Safety Workshop**. 2010. Disponível em: < http://www.who.int/patientsafety/education/vincristine_download/en/index.html>. Acesso em 05 mai 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Geneva, World Health Organization, 2009. Disponível em <<http://www.who.int/patientsafety/en/>>; Acesso em 01 jun 2012.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, 2010; 44(2):287-94.

PEDREIRA, Mavilde Luz Gonçalves. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta paul. enferm.** 2009, vol.22, n.spe, pp. 880-881

PEDREIRA, Mavilde L.G. Enfermagem para a Segurança do Paciente. In: HARADA, Maria de Jesus C.S; PEDREIRA, Mavilde, L.G. (Org.). CORENSP – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Enfermagem Dia a Dia: Segurança do Paciente**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

FALBO, P; CRISTINE, B; ANDRADE, D; FURTADO, RC. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 65, núm. 1, enero-febrero, 2012, pp. 148-154. Disponível em <<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=267022810022>> Acesso 04 Dez 2012

POTTER, P; PERRY, AG. **Fundamentos em enfermagem**. Rio de Janeiro: Artmed, 2007, 7ª edição.

QUES, Ángel Alfredo Martínez; MONTORO, César Hueso and GONZALEZ, María Gálvez. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2010, vol.18, n.3, pp. 339-345.

RALSTON, J.D.; LARSON, E.B. *Crossing to Safety: Transforming Healthcare Organizations for Patient Safety*. **J Postgrad Med (serial online)**, 2005. Disponível em <<http://www.jpgmonline.com/text.asp?2005/51/1/61/14030>> Acesso em 15 mai 2012.

RADUENZ, Anna Carolina; HOFFMANN, Priscila. O Cuidado em Enfermagem e a Segurança do Paciente: uma Avaliação do Ambiente das Medicções a Partir da Análise Fotográfica. Trabalho de Conclusão de Curso, 2008. Disponível em <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0548.pdf>> Acesso em 16 mai 2012.

REBRAENSP; COREN-SP. **Aula sobre Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP**. São Paulo, 2010. Disponível <inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/solucoes_para_a_seguranca_do_paciente.pdf> Acesso em 16 mai 2012.

ROBERTS, KH. *Some Characteristics of High Reliability Organizations*. Berkeley, CA : Produced and distributed by Center for Research in Management, University of California, Berkeley Business School; 1988.

RUNCIMAN, WB; EDMONDS, MJ; PRADHAN, M. Setting priorities for patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:224–229.

SANTANA, JCB, et al. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 122-137, mai. 2012. ISSN 2238-7218. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3300>>. Acesso em: 05 Dez. 2012.

SANTOS, Jânia Oliveira; SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo; MUNARI, Denize Bouttelet and MIASSO, Adriana Inocenti. Conduitas adotadas por técnicos de enfermagem após ocorrência de erros de medicação. **Acta paul. enferm.** 2010, vol.23, n.3, pp. 328-333.

SEIFFERT, L., WOLFF, L., WALL, M.. A Expertise de Nightingale: O Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações de Saúde. Cogitare Enfermagem, América do Norte, 16, set. 2011. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/24293>>. Acesso em 27 Jun 2012.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Rev. eletrônica enferm**; 12(3)set. 2010. Disponível em < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11885>> Acesso em 03 mai 2012.

SILVA, R. C. L.; CUNHA, J. J. S. A.; MOREIRA, C. L. S. Evento Adverso em Terapia Intensiva: O que sabem os Profissionais de Enfermagem. **Revista de pesquisa: cuidado fundamental online**, 2011. abr/jun. 3(2):1848-55. Disponível em < http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1393/pdf_384> Acesso em 18 mai 2012.

SILVA, P. **Farmacologia básica e clínica**. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006:1186-96.

SILVA, LD; PASSOS, RS; CARVALHO, MF. Características e evidências da produção científica de enfermeiros sobre erros de medicação no ambiente hospitalar. *Rev Rene*. 2012; 13(2):480-91.

TELLES FILHO, Paulo Celso Prado; PRAXEDES, Marcus Fernando da Silva; PINHEIRO, Marcos Luciano Pimenta. Erros de medicação: análise do conhecimento da equipe de enfermagem de uma instituição hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):539-45.

THE JOINT COMMISSION. **The Joint Commission Patient Goals**. 2008. Disponível em <<http://www.jointcommission.org/>> Acesso em 16 mai 2012.

VENTURA, Claudiane Maria Urbano; ALVES, João Guilherme Bezerra; MENESES, Jucille do Amaral. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, Feb. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Dec. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100007>.

VINCENT, C. **Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São caetano do Sul; Yends; 2009.

ZAMBON, Lucas Santos; GALOTTI, Renata Mafuz Daud. Segurança do Paciente: uma nova dimensão como base da qualidade da assistência em saúde. **Revista Eletrônica da Sociedade Brasileira de Clínica Médica-SP** -Volume 1-Número 2 - Nov 2011.

Disponível em

<<http://www.clinicamedicaonline.com.br/Revista%20Eletronica%20ed%202%202011%20seguranca.pdf>> Acesso em 01 mai 2012.

WALL, M. L. **Características da proposta de cuidado de enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis**. 2008. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, 2008.

WATCHER, R. M. **Compreendendo a Segurança do Paciente**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: A percepção da equipe de enfermagem sobre os fatores de risco à segurança do paciente pediátrico.

O estudo pretende conhecer a percepção dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem sobre os fatores de risco que podem interferir na segurança do paciente pediátrico durante o período de hospitalização em uma unidade de internação pediátrica de um Hospital Universitário da região Sul do Brasil.

As pesquisadoras são: Prof^ª Enf. ^a.Dr^a Patrícia Kuerten Rocha e as Acadêmicas Francine Terezinha de Souza, Mayara Costa Garcia e Pâmella Priscilla da Silva, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Os dados serão coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada, com início no mês de setembro de 2012 e término em outubro do mesmo ano.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, nem de cunho financeiro, bem como não haverá remuneração por sua participação. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos para você participar. Caso você aceite participar, garantimos que seu nome ficará em sigilo, bem como as informações fornecidas só serão utilizadas neste estudo.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou quiser desistir do mesmo, pode entrar em contato pelo endereço: Rua João Pio Duarte Silva, 180, apto 105B, bairro Córrego Grande, Florianópolis. Telefone (48) 9947-3356 e/ou pelos emails: francinetsouza@hotmail.com, maycgarcia@hotmail.com e panzinha_ph@hotmail.com

Pesquisadora Orientadora:

Enf. Dra. Patrícia Kuerten Rocha

Pesquisadoras Principais:

Francine T. de Souza

Mayara C. Garcia

Pâmella P. da Silva

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

RG: _____

Florianópolis, _____, de _____ de 2012.

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DA PESQUISA – PRÉ-TESTE

Classe profissional: () Enfermeira () Técnico de enf. () Médico () Residente

Idade: _____ anos

Tempo de serviço: _____ anos e _____ meses

Tempo de atuação na unidade: _____ anos e _____ meses

Sexo: () Masculino () Feminino

Já conhece o tema segurança do paciente? () Sim () Não

Já participou de alguma capacitação sobre o tema? () Sim () Não

1. O que você entende por fatores de risco à segurança do paciente pediátrico no cuidado?
2. Quais os fatores que oferecem risco à segurança do paciente pediátrico que você conhece?
3. Conte uma situação em que você viveu ou viu (na UIP em questão) uma intercorrência em que a segurança do paciente pediátrico foi comprometida devido a algum fator de risco. Por favor, fale como ocorreu, em que momento e o que foi feito para solucionar.
4. Quais fatores de risco você percebe na unidade?
5. Destes, quais geram intercorrências com maior frequência?
6. O que você sugeriria para minimizar a probabilidade de intercorrências relacionadas aos fatores de risco?

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DA PESQUISA APRIMORADO

Classe profissional: () Enfermeira () Técnico de enf. () Médico () Residente

Idade: _____ anos

Tempo de serviço: _____ anos e _____ meses

Tempo de atuação na unidade: _____ anos e _____ meses

Sexo: () Masculino () Feminino

Já conhece o tema segurança do paciente? () Sim () Não

Já participou de alguma capacitação sobre o tema? () Sim () Não

1. O que você entende por fatores de risco à segurança do paciente pediátrico?
2. Quais os fatores de risco você percebe na unidade? Cite os que mais acontecem por ordem de prevalência?
3. Destes, quais geram intercorrências/erros com maior frequência?
4. O que você faria para que não existissem estes fatores de risco? O que você faria para que estes fatores não gerassem intercorrência?
5. Conte uma situação que você viveu ou observou (na UIP em questão) uma intercorrência em que a segurança do paciente pediátrico foi comprometida devido a algum fator de risco. Por favor, fale como ocorreu, em que momento e o que foi feito para solucionar.

ANEXOS

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 3331 9399 Fax (048) - 33319787 - e-mail: nfr@nfr.usfc.br

DISCIPLINA INT 5162 - ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

Parecer final do Orientador

O Trabalho de Conclusão de Curso apresentado por Mayara Costa Garcia, Francine Terezinha de Souza e Pâmella Priscilla da Silva Rangel consiste em uma pesquisa realizada com seriedade e responsabilidade realizada com os profissionais da Equipe de Enfermagem e desenvolvida em uma Unidade de Internação Pediátrica de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. A pesquisa devido o empenho e a dedicação das alunas traz grande contribuição para a prática, pois por meio deste estudo pode-se observar fatores de riscos existentes à segurança do paciente na pediatria, como também, barreiras a serem implantadas no intuito de minimizar ou eliminar tais fatores.

Ainda, cabe ressaltar, que as alunas conseguiram enfrentar também o desafio de estudar, compreender e se apoderar do tema segurança do paciente e cultura de segurança. Sendo este um tema denso e que exigiu das mesmas esforço, atenção e ousadia.

Além disto, destacaram áreas na pediatria que precisam ser mais exploradas, ou seja, mostraram a necessidade de desenvolver mais pesquisas quanto a segurança do paciente quando levantaram fatores de risco que levam a erros ou quase erros na assistência ao paciente pediátrico.

Assim, as alunas demonstraram entusiasmo, determinação e superaram as dificuldades, a inabilidade e a insegurança que são naturais neste percurso, ou seja, no primeiro momento em que se desenvolve a primeira pesquisa e, também, em que se inicia a carreira profissional.

Patricia Kuerten Rocha

Profa Dra Patricia Kuerten Rocha
Orientadora