

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL

JOSEILA CRISTINA FRANZON

**NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E/OU EVENTOS ADVERSOS
EM PEDIATRIA: ESTRATÉGIA PARA SEGURANÇA DO
PACIENTE**

Florianópolis
2016

Joseila Cristina Franzon

**NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E/OU EVENTOS ADVERSOS
EM PEDIATRIA: ESTRATÉGIA PARA SEGURANÇA DO
PACIENTE**

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre Profissional – Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Linha de atuação: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jane Cristina Anders

FLORIANÓPOLIS
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

FRANZON, Joseila Cristina

Notificação de incidentes e/ou eventos adversos em
pediatria : Estratégia para segurança do paciente / Joseila
Cristina FRANZON ; orientadora, Jane Cristina ANDERS -
Florianópolis, SC, 2016.

152 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Inclui referências

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Segurança do
paciente. 3. Enfermagem pediátrica. 4. Incidentes. 5.
Notificação. I. ANDERS, Jane Cristina. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Gestão do Cuidado em Enfermagem. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Gratidão, primeiramente a Deus, por me carregar quando me faltaram forças.

Aos meus pais pelo amor incondicional, pelo cuidado, pelo apoio e por estarem sempre ao meu lado.

Ao meu esposo pelo amor, pelo apoio, pela paciência, pela compreensão nos momentos de ausência; enfim, obrigada por existir na minha vida!

À minha família pela compreensão da ausência e por todos os momentos de carinho, incentivo e apoio.

À minha querida orientadora Jane Cristina Anders por todo legado de conhecimento e aprendizado. Obrigada pela infinita paciência e por nunca me deixar desistir.

A todos os meus amigos e amigas, em especial à Marília, por me incentivar a ingressar no mestrado e sempre estar presente nos momentos que mais precisei. A Lélia e Rosana por sempre me incentivarem na busca do conhecimento.

Às minhas colegas e amigas do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Aos membros da banca examinadora por todo o conhecimento e crescimento compartilhados.

Às professoras do curso de Mestrado profissional, em especial à professora Roberta Costa por todo ensino e apoio.

Às colegas de mestrado profissional, pelos momentos de aprendizagem, troca de experiências e descontração. Sucesso a todas!

Enfim, obrigada a todos que de alguma forma contribuíram para esta conquista!

FRANZON, Joseila Cristina. **Notificação de incidentes e/ou eventos adversos em pediatria: estratégia para segurança do paciente**. 2016. 146p. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

RESUMO

O estudo trata da notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria como estratégia para segurança do paciente. Tem como objetivos: descrever o conhecimento e a conduta da equipe de enfermagem diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria; construir um guia de orientações sobre o processo de notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria. Trata-se de estudo com metodologia de natureza descritiva com abordagem qualitativa, cujo cenário foi um hospital público pediátrico, situado na região Sul do Brasil. Como referencial teórico foram utilizados estudos dentro da temática da segurança do paciente. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, no período de maio a julho de 2015, com 40 profissionais de enfermagem que exercem suas atividades laborais no referido serviço. As respostas foram analisadas por meio da análise temática, emergindo duas categorias: “O saber e o fazer dos profissionais de enfermagem acerca dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde” e “o mito da punição”. Os resultados permitiram identificar que os profissionais possuem conhecimento sobre incidentes e/ou eventos adversos em saúde, embora seja incipiente. Quanto à conduta diante da ocorrência dos mesmos, os profissionais comunicam verbalmente o evento e realizam intervenções situacionais e momentâneas para retirar o paciente da situação que o atingiu. Ficou evidente que os profissionais consideram importante a notificação, mas não há aplicabilidade do processo em sua prática cotidiana. Aspectos como a ausência da cultura de segurança na instituição e de um protocolo sistematizado para notificação de incidentes e/ou eventos adversos se sobressaíram como causas desses problemas. O guia de orientações intitulado “Guia de Orientações para Notificação de Incidentes e/ou Eventos Adversos em Saúde” foi construído de acordo com as etapas estabelecidas para resposta ao

primeiro objetivo. A primeira etapa tomou como base o conteúdo dos depoimentos e resultou na categoria: guia de orientações: subsídio para o processo de notificação. A análise dos dados evidenciou algumas lacunas no conhecimento dos profissionais, principalmente, em relação aos conceitos a respeito do tema e aos exemplos de incidentes e/ou eventos adversos em saúde. Entretanto, os profissionais participantes do estudo consideraram importante a proposta do guia de orientações e ressaltaram sua contribuição no sentido de enriquecer ações voltadas para a segurança do paciente. O Guia traz informações sobre conceitos relevantes ao tema, tipos de ocorrências passíveis de notificação, fluxo da notificação e ficha de notificação, servindo como ferramenta para apoiar os profissionais frente a realização da notificação, contribuindo para a segurança do paciente pediátrico. Conforme observado, há lacunas em relação ao conhecimento e condutas relacionadas aos incidentes e/ou eventos adversos em saúde, de modo que se torna importante a implantação da cultura de segurança na instituição, assim como, o estabelecimento de um processo sistematizado para notificação das ocorrências. Essas atitudes servirão para contribuir com o avanço do conhecimento em relação às notificações de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria, na medida em que propõe estratégias de intervenção para práticas assistenciais seguras e promove melhorias na gestão do risco hospitalar.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Enfermagem pediátrica. Incidentes. Erros médicos. Notificação. Guia.

FRANZON, Joseila Cristina. **Notification of incidents and/or adverse events in pediatric patients: a strategy for patient safety**. 2016. 146p. Dissertation (Professional Master) Professional Master's Program Management Nursing Care, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

ABSTRACT

The study deals with the reporting of incidents and/or adverse events in pediatrics' health as a strategy for patient safety. It aims to: describe the knowledge and conduct of the nursing staff on the occurrence of incidents and/or adverse events in pediatrics' health; to build a guidance about the incidents reporting process and/or adverse events in pediatrics' health. It is a descriptive methodology study with a qualitative approach, whose scenario was a public pediatric hospital, located in southern Brazil. As theoretical, studies were used within the theme of patient safety. Data collection was conducted through semi-structured interviews in the period May to July 2015, with 40 nursing professionals, who work at that pediatric hospital. The responses were analyzed using thematic analysis, emerging two categories: "The knowing and doing of nursing professionals about incidents and/or adverse events in health" and "The myth of punishment". Results showed that professionals have knowledge of these incidents and/or adverse events, although incipient. As for conducts on the occurrence, professionals verbally communicate the event and perform situational and momentary interventions in order to remove the patient from the situation that has hit him. It was evident that professionals consider important to notice, but there is no applicability of the process in their daily practice. Aspects such as the lack of safety culture in the institution and a systematic protocol for reporting incidents and / or adverse events stood out as causes of these problems. The guidance entitled "Guidance for Notification of Incidents and/or Adverse Events in Health" was built according to the steps set out to answer the first goal. The first step was based on the content of the statements and resulted in the category: Guidance: subsidy for the notification process. Data analysis revealed some gaps in the knowledge of professionals, especially in relation to the concepts on the subject and to the examples of incidents and/or adverse health events. However, professionals who

were participants on this study consider important the proposal to build a Guidance and have also highlighted its contribution for the safety of the patient. The Guide provides information on relevant concepts to the topic, types of occurrences that might be notified, the notification's flow and notification's form, serving as a tool to support the professionals, but also contributing to the safety of pediatric patients. As noted, there are gaps in relation to knowledge and behavior related to incidents and/or adverse health events, so it becomes important to implement the institution's safety culture, as well as the establishment of a systematic process for notification of events. These actions will serve to contribute to the advancement of knowledge in relation to notifications of incidents and/or adverse health events in pediatrics, insofar proposes intervention strategies for safe care practices and promotes improvements in hospital risk management.

Keywords: Patient safety. Pediatric nursing. Incidents. Medical errors. Notification. Guide.

FRANZON, Joseila Cristina. **Notificación de incidentes y/o eventos adversos en pacientes pediátricos: una estrategia para la seguridad del paciente.** 2016. 146p. Disertación (Master Profesional) Enfermería Maestría Profesional Programa de Cuidado de Gestión de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

RESUMEN

El estudio trata de la presentación de informes de incidentes y/o eventos adversos en la salud en pediatría como una estrategia para la seguridad del paciente. Sus objetivos son: describir el conocimiento y la conducta del personal de enfermería en la ocurrencia de eventos y/o eventos adversos en la salud en pediatría; construir una guía de orientación sobre el proceso de notificación de incidentes y/o eventos adversos en la salud en pediatría. Es un estudio con metodología descriptiva con enfoque cualitativo, cuyo escenario era un hospital público pediátrico, que se encuentra en el sur de Brasil. Como referencial teórico fueron utilizados estudios en el tema de la seguridad del paciente. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas en Mayo y Julio de 2015, con 40 profesionales de enfermería que realizan sus actividades laborales a dicho servicio. Las respuestas se analizaron mediante análisis temático, emergiendo dos categorías: "El saber y el hacer de los profesionales de enfermería sobre incidentes y/o eventos adversos en la salud" y "el mito de la pena". Los resultados mostraron que los profesionales tienen conocimiento de incidentes y/o eventos adversos en la salud, aunque incipiente. Sobre la conducta antes de la ocurrencia de los mismos, los profesionales se comunican verbalmente el evento y realizan intervenciones circunstanciales y momentáneas para retirar el paciente de la situación que lo golpeó. Era evidente que los profesionales consideran importante la notificación, pero no hay ninguna aplicabilidad del proceso en su práctica diaria. Aspectos tales como la falta de cultura de seguridad en la institución y un protocolo sistemático para la notificación de incidentes y/o eventos adversos se destacó como causas de estos problemas. La guía titulada "Guía para la notificación de incidentes y/o eventos adversos en la salud", fue construida de acuerdo con los pasos establecidos para responder el primer gol. El primer paso se basa en el contenido de las declaraciones y resultó en la categoría: Guía de Normas: subsidio para el proceso de

notificación. El análisis de los datos reveló algunas lagunas en el conocimiento de los profesionales, especialmente en relación con los conceptos sobre el tema y que los ejemplos de eventos y/o eventos adversos para la salud. Sin embargo, los participantes del estudio profesionales consideran importante la propuesta de directrices para orientar y destacaron su contribución al enriquecimiento de acciones para la seguridad del paciente. La guía proporciona informaciones sobre conceptos relacionados con el tema, tipo de sucesos sujetas a notificación, la forma de flujo de notificación y la notificación, que sirve como una herramienta para apoyar el profesional frente de la notificación, lo que contribuye a la seguridad de los pacientes pediátricos. Como se ha señalado, existen lagunas en relación con el conocimiento y los comportamientos relacionados con los eventos y/o eventos adversos en la salud, por lo que se convierte en importante para poner en práctica la cultura de seguridad de la institución, así como el establecimiento de un proceso sistemático para la notificación de eventos . Estas acciones servirán para contribuir al avance del conocimiento en relación con las notificaciones de incidentes y/o eventos adversos en la salud en pediatría, en la que propone estrategias de intervención para las prácticas de atención de seguridad y promueve la mejora de la gestión de riesgos del hospital.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Enfermería pediátrica. Incidentes. Errores médicos. Notificación. Guía.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMBEAS	Eventos adversos na atenção ambulatorial nos países da América Latina
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
EUA	Estados Unidos da América
GERIH	Gerenciamento de Risco Hospitalar
HIJG	Hospital Infantil Joana de Gusmão
IBEAS	Estudo ibero-americano de eventos adversos na atenção à saúde
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde
MERCOSUL	Mercado Comum do Cone Sul
MS	Ministério da Saúde
NOTIVISA	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NUSEP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
SES-SC	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
UEI	Unidade de Emergência Interna
UD	Unidade de Internação “D”
UR	Unidade de Registro
UTI-P	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
WHA	<i>World Health Assembly</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	OBJETIVOS.....	25
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	27
2.1	SEGURANÇA DO PACIENTE.....	27
2.2	SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO.....	38
3	METODOLOGIA.....	43
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	43
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	43
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	46
3.4	COLETA DE DADOS.....	46
3.5	ANÁLISE DE DADOS.....	49
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	50
4	RESULTADOS.....	53
4.1	MANUSCRITO.....	55
4.2	PRODUTO DESENVOLVIDO.....	89
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
	REFERÊNCIAS.....	131
	APÊNDICE A– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	143
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas.....	147
	ANEXO – Parecer Consubstanciado do CEP.....	149

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente permeia cada vez mais os cuidados em saúde, assumindo especial importância no cenário atual. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) pode ser definida por iniciativas que visam a prevenção e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados em saúde para um mínimo aceitável (WHO, 2009). Trata-se de uma questão fundamental nas unidades de saúde prestadoras de serviços, visto que, por ser um tema relevante, acaba por sensibilizar profissionais de saúde, organizações e a própria população. Esta sensibilização, bem como a melhoria da qualidade da assistência prestada, pode reduzir e/ou eliminar a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde, os quais constituem um problema com graves consequências (LIMA, 2011).

Diante destas questões, um estudo envolvendo 58 hospitais de cinco países latino-americanos realizou a estimativa da prevalência de pacientes que sofreram algum evento adverso em saúde. Foi identificado que de 11.379 pacientes, 1.191 tiveram pelo menos um evento adverso relacionado ao atendimento em saúde e a taxa de prevalência foi apreciada em 10,5%; mais de 28% causaram algum tipo de dano; 6% foram associados à morte do paciente e em torno de 60% foram considerados evitáveis (ARANAZ-ANDRÉS, 2011).

No Brasil, um estudo foi realizado em um hospital geral do noroeste paulista com objetivo de identificar os eventos adversos na assistência de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto. Os resultados evidenciaram 550 eventos adversos, dentre estes, 275 relacionados à terapia medicamentosa, oito ao manuseio incorreto de seringas e agulhas, 53 aos procedimentos de enfermagem não realizados, 46 ao manuseio incorreto de artefatos terapêuticos e diagnósticos, 37 aos alarmes dos equipamentos utilizados de maneira incorreta e 131 às falhas nas anotações de enfermagem (BECCARIA et al., 2009).

Outro estudo realizado em três hospitais de ensino do estado do Rio de Janeiro identificou que a incidência de pacientes que desenvolveram eventos adversos cirúrgicos foi de 3,5%, isso significa 38 de 1.103 pacientes. A proporção de pacientes submetidos à cirurgia entre os pacientes com eventos adversos cirúrgicos foi de 5,9%, significando 38 em 643 pacientes. Ainda, a taxa de mortalidade destes

pacientes foi estimada em 18,4%, representando sete de 38 pacientes. Cerca de um em cinco pacientes com eventos adversos cirúrgicos tiveram incapacidade permanente ou morreram. Também se destacou que mais de 60% dos casos foram classificados como pouco ou nada complexos e de baixo risco de ocorrer um evento adverso relacionado ao cuidado(MOURA; MENDES, 2012).

A ocorrência de eventos adversos é uma realidade preocupante nos serviços de saúde e com desafios a enfrentar, principalmente relacionados a entender as causas e buscar soluções para esta situação. A assistência prestada de forma adequada pode reduzir e/ou eliminar a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde, prevenindo e/ou minimizando as consequências e os danos ao paciente (LIMA, 2011, CARVALHO et al., 2012, WILSON et al, 2012, MENDES et al. 2013).

Diante desse cenário, nas últimas décadas, a literatura vem procurando evidenciar a ocorrência de eventos adversos nas instituições de saúde ao redor do mundo, demonstrando preocupação com a realização de ações que promovam a segurança do paciente (VICENT, 2009, LIMA,2011; WATCHER, 2013). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente pode ser definida por iniciativas que visam a prevenção e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados em saúde para um mínimo aceitável (WHO, 2009).

Dentre as diversas publicações sobre segurança do paciente, podemos destacar como marco importante a publicação do livro *“To err is human, bulding a safety health system”*, o qual evidenciou a elevada frequência de erros e eventos adversos nos serviços de saúde norte-americanos, sendo que, muitas vezes, esses erros poderiam ser prevenidos. Este estudo foi publicado no final do ano de 1999, pelo *“Institute of Medicine”* (Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América) com a responsabilidade de desenvolvimento de estratégias que visassem uma melhoria dos limiares de qualidade ao longo dos primeiros dez anos. O relatório estimava que 44 mil a 98 mil norte-americanos morressem anualmente em decorrência de erros associados aos cuidados em saúde no país (KHON; CORRIGAN; DONALDSON, 2000, WACHTER, 2013).

Com esses dados alarmantes, o impactante relatório chamou a atenção do público e da mídia, pois destacava que o número de mortes

associadas à insegurança dos serviços de saúde seria equivalente a um acidente diário com um avião jumbo, todos os dias, nos Estados Unidos. Assim, a repercussão desta publicação exigiu das organizações de saúde e autoridades uma tomada de decisão urgente em relação às iniciativas, ações e medidas para tornar a assistência à saúde mais segura. Certamente teve início um movimento mundial sem precedentes para mobilização em prol da segurança do paciente (WACHTER, 2013).

Nesse sentido, a 55ª Assembleia Mundial de Saúde, reconhecendo a magnitude do problema, aprovou a Resolução *World Health Assembly (WHA) 55.18* em maio de 2002. Esta resolução alertava aos países membros que “*prestavsem mais atenção ao problema da segurança do paciente e que estabelecessem e reforçassem a evidência científica necessária para melhorar a segurança do paciente e a qualidade dos cuidados*” (PORTUGAL, 2011, p.04). Também foi solicitada à OMS que liderasse a elaboração de normas e padrões mundiais e que apoiasse os países nos esforços de desenvolvimento de políticas e práticas de segurança do paciente (PORTUGAL, 2011).

Posteriormente, em maio de 2004, na 57ª Assembleia Mundial de Saúde foi aprovada a criação de uma aliança internacional para tornar a segurança do paciente uma iniciativa mundial e, em outubro de 2004, foi lançada a “*World Alliance for Patient Safety*” (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) que teve como objetivo despertar a consciência e o comprometimento político para melhorar a segurança na assistência à saúde, além de apoiar os países no desenvolvimento de políticas públicas e práticas seguras a nível mundial (BRASIL, 2011).

Pela primeira vez, chefes de organizações, autoridades e grupos de pacientes de todas as partes do mundo se reuniram para promover o objetivo da segurança do paciente de, primeiramente, não provocar danos, assim como reduzir as consequências adversas de cuidados precários em saúde (MONTSERRAT-CAPELLA; CHO; LIMA, 2013).

Em 2005, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente identificou áreas problemáticas na assistência à saúde, nas quais vem concentrando suas ações, sendo elas: desafio global para a segurança do paciente; pacientes em defesa de sua própria segurança; pesquisa em segurança do paciente; taxonomia/classificação; relato e aprendizagem; soluções para segurança do paciente; alto 5s; tecnologia para segurança do paciente; gerenciando conhecimento; eliminando infecção da

corrente sanguínea associada a cateter central; educação para cuidado seguro; prêmio de segurança; “*checklists*” para a área da saúde (BRASIL, 2011).

Neste contexto, o cuidado seguro na assistência à saúde se tornava um tema de extrema relevância mundial, com interesses públicos cada vez mais evidentes. Por conseguinte, o compromisso político assumido pelos países membros da OMS em lançar ações e planos para a garantia de um cuidado mais seguro ao paciente, aos poucos vinha se efetivando. Deste modo, diferentes governos se articulavam para cumprir o que foi estabelecido pela Aliança Mundial de Segurança do Paciente (BRASIL, 2011, LIMA, 2011).

No Brasil, as pesquisas sobre o assunto surgiram no início da década de 2000, influenciadas pelo panorama mundial. Porém, apenas em 2007, na XXII Reunião de Ministros da Saúde do Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL) houve o primeiro movimento oficial do bloco de apoio ao primeiro desafio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, “*Una Atención Limpia, Es Una Atención Mas Segura*”, envolvendo ações para prevenção de infecções em serviços de saúde (SANTANA; COSTA; GOMES, 2011, BUENO; FASSARELLA, 2012,).

Nesta reunião, ocorrida em Montevidéu no Uruguai, os ministros dos Estados-Membros assinaram a Declaração de Compromisso na Luta Contra as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), com a presença das delegações da Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Chile e Equador. Os países assumiram o compromisso internacional de desenvolver e aplicar os respectivos Planos Nacionais de Segurança do Paciente visando atender não somente a redução do risco a que o paciente está exposto, mas também a questões amplas do direito à saúde (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, o Brasil lançou seu Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através do Ministério da Saúde por meio da portaria nº 529, em 1º de abril de 2013. Esta portaria visa prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde. O PNSP estabelece a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de saúde. Cada NSP, por sua vez, deverá propor um Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde baseado nas necessidades da instituição, dispondo de uma

equipe para executar as ações do plano (BRASIL, 2013a, BRASIL, 2013b, URBANETTO, 2013).

Seguindo a linha de ações para um cuidado mais seguro, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e com a OMS, também vem desenvolvendo iniciativas para melhorias na segurança do paciente no Brasil. A ANVISA coordena e estimula em todo país a implantação de estratégias seguras, visando a redução de riscos em serviços de saúde de acordo com os objetivos da OMS (BRASIL, 2011).

Outra linha de frente, importante para o avanço das pesquisas brasileiras, foi a criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) em 2008. A REBRAENSP foi criada por um grupo de enfermeiros com o objetivo de fortalecer a assistência de enfermagem segura e de qualidade, através de seus polos estaduais e municipais, contribuindo para a divulgação dos conceitos de segurança do paciente preconizado pela OMS e incentivando a participação de enfermeiros em comitês de segurança do paciente (REBRAENSP, 2013). O estado de Santa Catarina também participa desta iniciativa, através do Polo de Segurança do Paciente de Santa Catarina, criado em dezembro de 2009 e sediado em Florianópolis, com objetivo de incentivar pesquisas, oficinas, seminários, fóruns e demais eventos relacionados à segurança do paciente (URBANETTO, 2013).

Importante ressaltar que a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC) se mobiliza para um cuidado seguro através de ações coordenadas pelo Núcleo Estadual para Segurança do Paciente. O Núcleo Estadual vem divulgando a importância da existência de protocolos, promovendo capacitações, prestando auxílio para desenvolvimento e implantação de um NSP em cada uma das 14 instituições hospitalares vinculadas à SES-SC.

Nesta perspectiva, o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) criou o Núcleo de Segurança do Paciente (NUSEP) em dezembro de 2014, vinculado ao setor de Gerenciamento de Risco Hospitalar (GERIH), no qual atua como enfermeira coordenadora. Este setor foi criado em 2008, quando a instituição passou a fazer parte da Rede Sentinela, que pode ser citada como estratégia de vigilância sanitária voltada para a prevenção de riscos associados à comercialização e consumo de produtos regulados. A Rede Sentinela funciona como um observatório nas unidades hospitalares para o gerenciamento de eventos

adversos e de queixas técnicas de produtos sob vigilância sanitária. Por meio dessa vigilância a comercialização de melhores produtos é visada no mercado a fim de proporcionar maior segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde (BRASIL, 2011). Como enfermeira coordenadora deste setor desenvolvo funções que englobam notificação, monitoramento e investigação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde e queixas técnicas nas áreas de farmacovigilância, hemovigilância, tecnovigilância, emitidas pela equipe de saúde da instituição.

Desta forma, minha práxis envolve o contato direto e diário com os profissionais de saúde que realizam o cuidado ao paciente pediátrico e destaco, entre as atividades que desenvolvo, a busca ativa da ocorrência de eventos adversos e/ou incidentes em saúde. Nesta atividade identifico fragilidades em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação, sendo essa uma condição que pode estar comprometendo a segurança do paciente pediátrico, na medida em que os eventos adversos e/ou incidentes em saúde possivelmente podem não estar sendo notificados na instituição.

Diante das evidências de incidentes e/ou eventos adversos em saúde que ocorrem, considera-se importante divulgar conceitos precisos e claros sobre os exemplos de incidentes e compreender suas causas, de modo que se torna iminente a necessidade de ações para evitá-los ou minimizá-los; entretanto, antes disso, é preciso conhecê-los e identificá-los. Neste sentido, conhecer e identificar incidentes e/ou eventos adversos em saúde depende diretamente de estratégias de notificação dos mesmos. Ademais, estudos apontam que ainda há obstáculos no sentido de adotar a notificação como conduta, destacando que isso pode estar associado ao desconhecimento dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde, bem como à cultura punitiva ainda vigente (BRASIL, 2013c, PARANAGUA, 2013).

Neste sentido, com a perspectiva de colaborar com a instituição onde atuo, em 2014 ingressei no Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, com o desejo de desenvolver uma investigação que aprofundasse os dados sobre esta situação e possibilitasse promover mudanças na prática.

Assim, este estudo se justifica pela relevância do tema para a segurança do paciente pediátrico, bem como em contribuir com o

avanço do conhecimento em relação às notificações de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria, na medida em que propõe estratégias de intervenção para práticas assistenciais seguras, a fim de promover melhorias na gestão do risco hospitalar. Portanto, estabeleci as seguintes questões de pesquisa: De que forma os profissionais de enfermagem reconhecem os incidentes e/ou eventos adversos em saúde no contexto do cuidado ao paciente pediátrico e como procedem a sua notificação? Quais informações devem compor um guia de orientações como estratégia para auxiliar a notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria?

1.1 OBJETIVOS GERAIS

Descrever o conhecimento e a conduta da equipe de enfermagem diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria.

Construir um guia de orientações sobre o processo de notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança é uma questão prevista e presente na maioria das atividades laborais. Na indústria, por exemplo, existe uma preocupação em desenvolver estratégias de proteção aos trabalhadores durante suas práticas. No campo da saúde, os profissionais conhecem e utilizam maneiras de proteção para situações que possam lhes oferecer perigos, ou seja, utilizam luvas, máscaras, aventais, dentre outras. Nessa perspectiva, o objeto da prática de cuidados em saúde é um ser humano com necessidades e características distintas, que também demanda atitudes protetoras na atenção à sua saúde (WEGNER; PEDRO, 2012).

A busca pelo cuidado seguro não é recente e pode nos remeter à idealização de Hipócrates há mais de dois mil anos, que declarava “*em primeiro lugar, não cause danos*” (WALTON; KERRIDGE, 2014) e à precursora da enfermagem Florence Nightingale, que em 1863, em seu livro “*Notes on Hospitals*”, enuncia que a principal exigência de um hospital seria não causar danos aos seus pacientes e classificava como primordial a segurança dos pacientes devido às consequências observadas (BUENO; FASSARELLA, 2012, GAMA; VIEIRA; SCHNEIDER, 2012, WACHTER, 2013).

Esse tema ainda continua com grande expressão na atualidade e é destaque em todas as partes do mundo, pois é preocupante a dificuldade encontrada em proporcionar um cuidado seguro, livre da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde. Em pleno século XXI e com o grande avanço das ciências médicas, ainda acontecem eventos indesejáveis relacionados à assistência ao paciente nas instituições de saúde.

Em uma retrospectiva histórica da produção científica relacionada à segurança do paciente, uma das primeiras pesquisas foi realizada pela *California Medical Association* e o *California Hospital Associations* em 1974, que avaliou 21 mil prontuários e divulgou que a frequência de pacientes atingidos por eventos adversos era de 4,6% (MILLS, 1978).

Outro estudo, o “*The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients — Results of the Harvard Medical Practice Study II*”, realizado nos Estados Unidos em 1984, identificou em uma amostra de 30.195

registros hospitalares, que 3,7% deles apresentavam eventos adversos, sendo os tipos mais comuns os eventos relacionados a medicações, a cirurgias e por negligência dos profissionais (LEAPE et al., 1991).

Ainda podemos incluir no início do movimento moderno pela segurança do paciente a publicação dos resultados de um estudo realizado em Harvard, em fevereiro de 1991. O estudo analisava uma amostra aleatória de registros médicos de 30.000 pacientes internados em hospitais do Estado de Nova Iorque, no ano de 1984, e apontou que 3,7% dos pacientes hospitalizados sofreram um evento adverso e desses, 14% foram fatais. Cerca de metade dos eventos adversos que ocorreram estavam relacionados a pacientes cirúrgicos e ao uso ou mal uso de medicamentos. Embora o estudo tenha sido publicado no “*New England Journal of Medicine*” e também como um artigo de primeira página no “*New York Times*”, as conclusões, na época, foram essencialmente ignoradas (LEAPE, 2008).

Todavia, os avanços continuaram e, em 1995, divulgações na mídia sobre erros ocorridos com pacientes internados levaram a uma maior mobilização por parte das organizações não governamentais. Este movimento visava a transformação da cultura vigente para a cultura da segurança do paciente, na tentativa de reduzir os danos provenientes da assistência em saúde. Nesta época, a visão sobre a segurança do paciente estava focada no profissional de saúde como único responsável pelas falhas, de modo que toda a culpa lhes era atribuída e, da mesma forma, era o único a ser punido. Essa cultura não ponderava que os profissionais poderiam ser vítimas de sistemas caóticos, falhos e que não tinham a assistência segura ao paciente como uma prioridade. Ainda assim, o assunto não era uma grande preocupação para os hospitais, tampouco para os profissionais de saúde e para a população em geral (LEAPE, 2008, WACHTER, 2013).

Porém este cenário começa a mudar no início do ano de 2000 quando o “*Institute Of Medicine*” (IOM) dos Estados Unidos da América publica dados alarmantes através de um relatório denominado “*To err is human: building a safer health system*”. O assunto ganhou notoriedade e uma atenção gigantesca da mídia e da população, no sentido de apoiar estratégias apresentadas pelos governos e organizações internacionais para a prevenção e mitigação de falhas na segurança dos pacientes (LEAPE, 2008; BRASIL, 2013; WACHTER, 2013).

O relatório traz aspectos como que a causa de eventos não era subproduto inevitável da medicina moderna ou resquícios indesejáveis de profissionais de saúde descuidados. Mas, sugeria que sistemas defeituosos também poderiam ser responsabilizados por danos causados ao paciente e que era necessário correção desses sistemas para que se conseguisse a redução dos erros. Recomendava também que o “jogo da culpa e da vergonha” deveria ser substituída por uma visão nova, prevendo a condição humana, que é falível. Concluía que o cuidado seguro dependia da criação de sistemas que antecipassem os erros e também os previssem ou os interceptassem antes de atingir o paciente (LEAPE, 2008; WACHTER, 2013).

Diante do exposto até então, fica claro que o cerne da segurança do paciente está na preocupação com a magnitude da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde, ou seja, com as consequências do cuidado inseguro. Constantemente, incansáveis esforços são propostos e realizados em todas as esferas governamentais em busca de segurança na assistência à saúde, mas, ainda assim, pesquisas recentes relatam que sua incidência continua elevada. Desse modo, há um estímulo constante para que as iniciativas e ações em busca do cuidado seguro não cessem (BUENO; FASSARELLA, 2012).

Neste contexto, a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) vem desenvolvendo pesquisas em cinco países da América Latina, envolvendo a sistematização, coleta e análise dos dados referidos aos eventos adversos em saúde.

Uma dessas pesquisas se deu entre os anos de 2007 e 2009 com o estudo Ibero-Americano de Eventos Adversos na Atenção à Saúde (IBEAS), semelhante ao estudo do “*Institute of Medicine*”. O IBEAS também obteve resultados significativos, mostrando que 10,5% dos pacientes sofrem algum tipo de evento adverso quando submetidos a tratamentos de saúde, e destes, 58,9% poderiam ter sido evitados (BRASIL, 2013c).

Seguindo esta tendência, a OPAS/OMS iniciou em 2012, outro estudo de investigação para conhecer a frequência e a “evitabilidade” dos eventos adversos na atenção ambulatorial nos países da América Latina (AMBEAS). Esta pesquisa ainda está sendo desenvolvida pela OPAS com a participação do Brasil, Colômbia, México e Peru (BRASIL, 2013c).

A segurança do paciente também desperta interesse nacional e estudos são realizados no sentido de se identificar falhas na prestação da assistência em saúde à população brasileira. Neste contexto, podemos citar um estudo retrospectivo entre 2002 e 2007 realizado em um hospital geral e universitário do estado de Goiás teve como objetivo identificar os eventos adversos a medicamentos, ocorridos no processo administração de medicamentos. Os resultados apontaram que aproximadamente 64% dos eventos adversos ocorriam durante o preparo e administração dos fármacos pelos profissionais de saúde (SILVA et al., 2011).

Outro estudo, desenvolvido no Rio de Janeiro comprovou que a incidência de pacientes com eventos adversos nos hospitais pesquisados foi semelhante a estudos internacionais, com uma incidência de 7,6% de pacientes acometidos e destes, 66,7% tratava-se de eventos adversos evitáveis, sendo a enfermaria o local com maior número de ocorrências (MENDES et al., 2009).

De fato, como um movimento mundial, o tema segurança do paciente incita desafios e inovações, possibilitando que o campo para desenvolvimento de pesquisas a respeito esteja em constante evolução. No entanto, desde que surgiram os primeiros estudos sobre segurança do paciente, havia uma extensa variação entre as publicações das organizações de saúde e estudiosos. Não raro, termos idênticos eram entendidos de modo muito diferente, e de acordo com Donaldson (2009): “tal ambiguidade frustra o progresso” (DONALDSON, 2009). Esta ambiguidade já havia sido percebida pela OMS, que em 2004, quando lançou a “*World Alliance for Patient Safety*” estabeleceu, como uma de suas iniciativas, o desenvolvimento de uma classificação internacional sobre segurança do paciente. Para isso, convocou um grupo de profissionais da área para implementar um programa de trabalho (PORTUGAL, 2011).

O grupo de trabalho convocado reuniu especialistas das áreas de segurança do paciente, teoria da classificação, informática em saúde, representantes dos pacientes, da medicina e do direito com o propósito de criar uma nomenclatura oficial. Os especialistas perceberam desde o início que os problemas não estavam nas palavras utilizadas, mas nos conceitos subjacentes, pois, sem definições conceituais universalmente definidas e aceitas, a compreensão continuaria a ser difícil. O objetivo deste estudo era permitir a categorização da informação sobre a

segurança do paciente e também pretendia aproveitar conceitos já estandardizados, mas agora, com terminologia própria, estabelecendo relações entre eles, baseados numa ontologia de domínio explícita. Isso quer dizer que o conceito de segurança do paciente passaria a ser o mesmo em todos os lugares, idiomas ou objetivos (PORTUGAL, 2011). O grupo começou por definir, harmonizar, e agrupar conceitos sobre o tema e, em 2005 surge a publicação de um grande estudo denominado “*International Classification for Patient Safety*” (Classificação Internacional para a Segurança do Paciente) (ZAMBON, 2010; PORTUGAL, 2011; REBRAENSP, 2013)

A “*International Classification for Patient Safety*” é uma classificação internacional que propõe a compreensão da segurança do paciente e seus conceitos a nível mundial. Contempla 48 conceitos e termos principais que representam um processo que está continuamente em melhoria para o entendimento comum dos termos relacionados à segurança do paciente. Em suma, esta taxonomia promoveu a uniformização dos conceitos, auxiliando na descrição, comparação, análise e interpretação das pesquisas que envolvem a segurança do paciente (WHO, 2009; MARQUES, 2015).

Dos 48 conceitos chaves, destacamos dois deles, imprescindíveis para a compreensão deste estudo. O primeiro conceito se refere ao **incidente**, definido como evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. O segundo conceito se refere ao **evento adverso**, caracterizado como incidente que resulta em dano ao paciente. O dano se refere aos prejuízos ocasionados na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico (WHO, 2009; PORTUGAL, 2011).

De acordo com Mendes et al. (2010), os incidentes são situações onde ocorrem erros ou falhas provindos de atos intencionais ou não intencionais e podem ser divididos em quatro categorias:

a) Circunstância notificável: o incidente não aconteceu, mas houve um evento com expressivo potencial para dano ao paciente, caso tivesse acontecido;

b) Quase dano: ou “*near miss*”: o incidente aconteceu, mas não atingiu o paciente;

c) Incidente sem dano: o incidente aconteceu e atingiu o paciente, mas não causou dano;

d) Incidente com dano: incidente aconteceu, atingiu o paciente e causou dano. Incidentes com danos caracterizam os eventos adversos.

Ainda os incidentes podem ser considerados uma “circunstância notificável” quando existe apenas a possibilidade de dano, como por exemplo, ao levar um desfibrilador para uma emergência e o profissional identifica que não está funcionando, mesmo que não tenha sido necessário sua utilização. Já a referência a um “quase dano ou *“near miss”* são feitas quando o incidente acontece e não chega a atingir o paciente, pois foi detectado a tempo, como exemplo o medicamento de um paciente que foi preparado para ser administrado em outro, mas foi detectado o equívoco antes de ocorrer sua administração. Agora, o “incidente sem dano” é quando o paciente é atingido, porém não sofre dano, como exemplo quando uma bolsa de sangue é instalada no paciente errado e este nada sofre, pois o sangue não era incompatível. O mesmo não acontece com o “incidente com dano” ou evento adverso, quando atinge o paciente e este sofre consequências, por vezes, grave. Como exemplo, novamente uma troca de bolsa de sangue, no qual o paciente, desta vez, é incompatível e ocorre o óbito, em função de uma reação hemolítica (MENDES et al., 2010).

Aprofundando-nos mais a respeito dos eventos adversos ocorridos na prestação da assistência em saúde, observamos que são complicações não intencionais, mas que representam um prejuízo temporário, permanente ou mesmo a morte do paciente atingido (PORTUGAL, 2011; BRASIL, 2014). Neste contexto, os incidentes com dano são classificados conforme sua gravidade em leves, moderados ou graves. Os incidentes leves são eventos de curta duração e não afetam substancialmente a vida do paciente. Incidentes de gravidade moderada são quando provocam algum nível de incapacitação ao paciente, podendo aumentar seu tempo de hospitalização ou necessitar de atendimento de urgência, porém não resulta em sequelas permanentes. Incidentes graves são eventos adversos que resultam em sequelas permanentes ou óbito do paciente (WHO, 2009).

Quando são ocasionados por falhas humanas, por serem passíveis de prevenção, são chamados de eventos adversos evitáveis e são aceitos como escusáveis, ou que podem ser “perdoados” num determinado conjunto de circunstâncias (WHO, 2009; PORTUGAL, 2011;

WACHTER, 2013). Já em relação aos eventos adversos não evitáveis, Mendes Junior (2013) sugere que só poderão ser evitados a partir de avanços farmacológicos, no caso de medicamentos. Para melhor situar o leitor, exemplificamos esse tipo de evento com o caso de um paciente que desenvolve uma complicação hemorrágica após o uso de uma medicação que tem esse efeito como efeito colateral. Mesmo sendo alertado dos riscos e benefícios do tratamento e assinado de forma livre e consciente o consentimento informado para realização do tratamento, a hemorragia é considerada um evento adverso. Entretanto, é uma complicação não evitável, pois, nesse caso hipotético o médico e a equipe de enfermagem que cuidaram do paciente tinham a capacidade técnica necessária, todo arsenal terapêutico, materiais médico-cirúrgicos estavam disponíveis e a estrutura hospitalar era adequado, mas o dano ao paciente aconteceu.

Wachter (2013) ainda observa que essa definição não carrega o cunho de “erro” ou “engano”, o que ajudou a alavancar as discussões sobre o tema. Também reforça que atualmente está evidenciado que a gravidade da segurança do paciente foi transferida para eventos/danos adversos como o foco de medidas e intervenções. Há uma estimativa de que a frequência com que os incidentes e/ou eventos adversos ocorrem nas instituições de saúde seja elevada, aproximadamente de uma para cada dez internações e independentemente do grau, seja leve, moderado ou grave, acarretam prejuízos tanto para o paciente, como para o profissional e para a instituição (WACHTER, 2013). A alta incidência de incidentes e/ou eventos adversos nas instituições de saúde em todo o mundo incentiva pesquisas mostrando que muitos destes poderiam ter sido evitados.

Um exemplo disso, no ano de 2005, foi realizado estudo em 24 hospitais de Madri, na Espanha, que identificou uma incidência de 8,4% de pacientes com eventos adversos relacionados diretamente com a assistência hospitalar. Deste total, 45% foram eventos considerados leves, 39% foram considerados moderados e 16% foram considerados eventos adversos graves. Ainda 43% do total de eventos foram identificados como evitáveis (ARANAZ, 2009). Outro estudo, realizado em Lisboa, no ano de 2009, a análise de 1.669 registros médicos de três hospitais públicos evidenciou uma taxa de 11,1% de eventos adversos e destes, 53,2% foram considerados evitáveis. Ainda em torno 10,8% dos

eventos adversos resultaram em óbito e 58,6% dos eventos prolongaram o tempo de hospitalização em torno de 10,7 dias (SOUSA et al., 2014).

No Brasil, estudo desenvolvido em um hospital do Triângulo Mineiro analisou incidentes e/ou eventos adversos em saúde ocorridos durante o transporte de pacientes internados em unidade de terapia intensiva e observou a ocorrência desses eventos em aproximadamente 45,7% dos casos analisados (SILVA, 2013). No estado de Goiás, um estudo transversal realizado em unidade clínica cirúrgica, estimou a prevalência de incidentes sem dano e eventos adversos em uma amostra de 750 internações. Evidenciou que a prevalência de incidentes sem dano foi de 82%, indicando que 615 internações foram expostas a, pelo menos, um incidente. Os eventos adversos tiveram uma prevalência de 18,7%, evidenciando 140 internações expostas, pelo menos, a um evento. O estudo ainda destaca que os incidentes que não evidenciaram dano, apontaram para a necessidade de adequação dos processos de trabalho (PARANAGUÁ, 2013).

Outro estudo realizado em três hospitais de ensino brasileiros evidenciou uma incidência de eventos adversos de 7,6% e destes, 66,7% foram considerados evitáveis. Este mesmo estudo também identificou que essa frequência de eventos adversos ocorridos no Brasil é maior que em países como Nova Zelândia, Reino Unido, Dinamarca, França, entre outros. Os incidentes e/ou eventos adversos podem estar relacionados tanto à organização do serviço como à prestação da assistência e são mais encontrados em relação ao uso de medicamentos, procedimentos cirúrgicos, erros por omissão e são mais frequente nas enfermarias e salas cirúrgicas (MENDES et al., 2010).

Diante da relevância do tema e na busca de alcançar um cuidado seguro, a OMS não mede esforços para tal e vem recomendando não só o desenvolvimento de estudos sobre a incidência dos incidentes e/ou eventos adversos, mas também sobre os principais tipos que ocorrem, como os relacionados às infecções, cirurgias, administração de medicamentos, transfusão de sangue e hemoderivados além de eventos adversos relacionados a produtos médico-hospitalares (BRASIL, 2011).

Neste contexto, podemos destacar as seis Metas Internacionais para Segurança do Paciente, que visam, justamente, a prevenção de diferentes tipos de eventos adversos e/ou incidentes. A seguir, abordaremos mais especificamente cada uma delas (PRONEP, 2015).

A primeira meta da OMS é a identificação correta do paciente dentro das instituições de saúde. Esta meta é essencial para minimizar falhas relacionadas à troca de pacientes na administração de medicamentos, na transfusão de hemocomponentes ou realização de procedimentos cirúrgicos, entre outras (WHO, 2009). A não identificação correta dos pacientes e/ou a não adoção de rotinas de conferências durante a realização da assistência à saúde são descritos como um grave problema no contexto do cuidado (HIDECO et al., 2013). A exemplo disso, um relatório publicado pelo Comitê Nacional de Transfusão Sanguínea do Reino Unido, em 2005, evidenciou que aproximadamente 70% dos incidentes com hemotransfusão estavam relacionados com erros na identificação do paciente (BAILEY et al., 2009).

A segunda meta contempla a comunicação efetiva entre os profissionais e áreas de saúde, de modo que, a comunicação seja oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida por todos (WHO, 2009). O alto fluxo de dados e o grande número de profissionais demandam constante troca de informações a respeito dos pacientes, de modo que nessa comunicação podem ocorrer os incidentes e/ou eventos adversos. Os mais citados na literatura estão relacionados às prescrições médicas, ordens verbais, informações de resultados de exames via telefone, as falhas na troca de informações entre profissionais de uma mesma equipe de saúde, ou entre setores dentro das unidades hospitalares (MOURA, MULLER, 2013).

A terceira meta está voltada para o uso seguro de medicamentos, visando a prevenção de incidentes e/ou eventos adversos relacionados à administração equivocada, erros de doses ou de fármacos. Esses eventos, quando causam danos ao paciente, podem ocasionar um prolongamento da internação, complicações na evolução do quadro clínico, necessidade de novas intervenções terapêuticas, incapacidade temporária ou permanente e até mesmo a morte do paciente (BRASIL, 2013c).

A quarta meta tem como objetivo a redução do risco de eventos adversos relacionados a procedimentos cirúrgicos, seja antes, durante ou depois das cirurgias. Um crescimento do número de procedimentos cirúrgicos nas unidades hospitalares aumenta proporcionalmente o risco de ocorrências de incidentes e/ou eventos adversos, estes, por vezes, irreparáveis ao paciente (BRASIL, 2013c).

A quinta meta visa a prevenção do risco de infecções. As infecções de sítio cirúrgico, as pneumonias associadas à ventilação mecânica, as infecções de corrente sanguínea por cateteres venosos, entre outros são os principais tipos de eventos adversos destacados (WACHTER, 2013).

A sexta meta está relacionada à prevenção do risco de quedas de pacientes hospitalizados. Esse tipo de evento adverso pode oferecer danos físicos e emocionais ao paciente, além da falta de confiança nos serviços e profissionais de saúde, aumento do tempo de hospitalização do paciente e custos orçamentários não planejados (BRASIL, 2013c).

Para atingir essas metas, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente lançou, até o momento, três desafios globais, denominados “*Global Patient Safety Challenges*”. O primeiro desafio, lançado em 2005-2006 foi “*Clean Care is Safer Care*” (Cuidado Limpo é Cuidado Seguro), que teve como objetivo reduzir as infecções associadas aos cuidados em saúde. O segundo desafio, lançado em 2007-2008 foi denominado “*Safe Surgery Saves Lives*” (Cirurgia Segura Salva Vidas) visando o cuidado seguro em cirurgias, através da aplicação de padrões de segurança possíveis a todos os países-membros da OMS. O terceiro desafio, lançado em 2010 foi “*Tackling Antimicrobial Resistance*” (Combater a Resistência Microbiana) com foco na contenção da resistência bacteriana (BRASIL, 2011).

Outro aspecto, ainda pouco explorado, mas que igualmente merece destaque está relacionado ao uso de dispositivos médico-hospitalares que também podem representar ocorrências de incidentes e/ou eventos adversos em saúde. Estudo realizado na Colômbia identificou 29 eventos adversos associados a dispositivos médicos e encontrou o uso incorreto destes dispositivos como principal causa das ocorrências. Ressaltou que a constante inovação das tecnologias requer dos profissionais de saúde grande conhecimento e atenção quanto ao seu uso (MARÌN et al., 2010).

No Brasil, estudo aponta que incidentes e/ou eventos adversos em saúde relacionados a estes dispositivos resultam em dano temporário ao paciente, com prolongamento do tempo de internação, além de procedimento adicional como reimplantação de cateter, sonda e/ou dreno, nova punção e aumento do tempo dispensado para a assistência ao paciente (PARANAGUA, 2013). Outro estudo realizado em um hospital universitário que integra a Rede Sentinela de Gerenciamento de

Riscos à Saúde do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, realiza uma análise de 160 notificações de queixas técnicas relacionadas aos materiais médico-hospitalares emitidas em 2012 na instituição e aponta que as falhas de materiais médico-hospitalares podem ter contribuído para a ocorrência de 19 (12%) eventos adversos (REIS et al., 2016)

.De maneira geral a literatura sobre o assunto está voltada para a identificação e incidência de eventos adversos, de modo que buscam estratégias para minimizar ou até eliminar falhas que podem culminar com efeitos negativos sobre o paciente. Como uma dessas estratégias temos a notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde. A notificação visa documentar e ampliar a visibilidade dos incidentes e/ou eventos adversos que decorrem do cuidado inseguro em saúde. Normalmente, as publicações sobre a avaliação de segurança, erros e danos estabelecem relação com os métodos utilizados para análise do acometimento de danos ao paciente, assim como para prevenção dos mesmos para o alcance do cuidado mais seguro (LAGE, 2010; NASCIMENTO, TRAVASSOS, 2010; WACHTER, 2013).

Nesta lógica, a notificação, enquanto conduta, não deve apenas coletar dados, mas contribuir para monitorização e investigação de incidentes e/ou eventos adversos, de modo a auxiliar, significativamente, para a segurança do paciente. Deve ainda, facilitar a identificação de locais críticos para ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos dentro das instituições de saúde, assim como, promover o aprendizado, principalmente, após eventos graves (NICOLETTI, 2009; VINCENT, 2009; WACHTER, 2013).

Assim, se a segurança do paciente está relacionada às informações fornecidas sobre os incidentes e/ou eventos adversos para que providências sejam realizadas e torna-se imprescindível a implementação de ferramentas que facilitem sua notificação. Neste contexto, diferentes ferramentas ou técnicas podem ser utilizadas para realização de notificações, como: o modo de falhas e análise de efeitos, as ferramentas gatilho, as análises de causa raiz e as notificações espontâneas. Mas, independente da técnica utilizada, torna-se imprescindível o desenvolvimento de um ambiente favorável à notificação e permeável às mudanças que certamente deverão ocorrer (WACHTER, 2013).

Assim, para que as notificações se tornem a base para um ambiente de aprendizado, os profissionais de saúde precisam ser

estimulados a registrar as falhas ocorridas sem ameaças de represália ou punição, o que poderia tornar os sistemas de notificação decepcionantes. Nesse sentido, sistemas de notificação devem ser, primeiramente, não punitivos, confidenciais, bem orientados e de fácil acesso e manejo, além de promover ações de melhorias visíveis nos processos. Isto se torna importante, pois, provavelmente, os profissionais de saúde, sempre atarefados, não notificarão caso se deparem com um sistema complicado ou caso sintam que suas notificações se perdem nos cantos escuros da burocracia (WACHTER, 2013).

Comumente o sistema mais utilizado para registro de incidentes e/ou eventos adversos em saúde é a notificação voluntária ou passiva que consiste no relato espontâneo realizado por profissionais de saúde ou usuários. Este tipo de notificação caracteriza-se em uma técnica fácil e de baixo custo, no entanto, pode ser prejudicada pela subnotificação, de modo que se faz necessário a criação de estratégias com foco na minimização deste problema (CAPUCHO, 2012).

Estudo realizado em um hospital da região Centro-sul de São Paulo analisou a utilização de um instrumento de comunicação que se refere a um Boletim de Notificação de Eventos Adversos entre equipes de saúde e a direção da instituição. Como resultado, evidenciou que há relevância em disponibilizar um instrumento para promover a identificação de eventos adversos e incidentes. Segundo os autores, é importante proporcionar à enfermagem um meio de comunicação prático a respeito de fatos inesperados e indesejados, além de, possibilitar exploração dessas situações e permitir a execução das modificações necessárias ou oportunas no processo de assistência (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010)

Por fim, há uma importante relação entre a segurança do paciente e as notificações de incidente e/ou eventos adversos para a melhoria dos cuidados em saúde. As notificações eficientes promovem um aprendizado maior e mudanças mais produtivas para a segurança do paciente (WACHTER, 2013).

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO

A criança encontra-se em uma fase plena de experimentação e desenvolvimento frente ao mundo que se apresenta. Seu crescimento e

desenvolvimento prevê em que ela tenha plenitude em todas as etapas da vida e saúde, simultaneamente, mas a hospitalização pode ser um evento bastante representativo para ela. O fato de encontrar-se hospitalizada modifica seu cotidiano em razão de, por vezes, ficar afastada dos entes queridos que antes cuidavam dela, vendo-se num local estranho e diante de pessoas, provavelmente, desconhecidas que agora lhe prestam cuidados. Ainda, somado a isso, há as intervenções provindas da assistência, como punções venosas, uso de medicamentos, cirurgias, entre muitas outras que lhe causam desconforto e a expõe a ocorrências de incidentes e eventos adversos, tornando mais grave sua situação (SCHATKOSKI et al., 2009, WEGNER; PEDRO, 2012).

Estudo realizado com 93 pacientes entre cinco e nove anos buscou conceber a visão da criança sobre sua internação e evidenciou que a criança sente medo, raiva e tristeza, uma vez que a hospitalização pode tornar-se um evento traumático e estressante. Mas, em contrapartida, ela compreende que há benefícios na hospitalização, como a chance de voltar para casa, sentir bem-estar, brincar com outras crianças e ser ajudada pela equipe de saúde. As crianças consideraram o hospital como um lugar divertido, mas, ao mesmo tempo, ameaçador, mostrando que as opiniões das crianças sobre a internação não foram invariavelmente negativas (WILSON et. al., 2010).

Sobre o mesmo tema, outro estudo realizado com sete crianças portadoras de fibrose cística, com idades entre seis e 11 anos, internadas em uma unidade pediátrica de um hospital geral de Porto Alegre evidenciou que para a amostra estudada o pior da hospitalização é o fato de elas se afastarem de seu lar e de seu cotidiano. Demonstrou ainda que as crianças prezam muito sua liberdade, que durante a hospitalização fica restrita, o que pode ser amenizado através da escuta, compreensão e atenção da equipe de saúde. Também identificou que os pacientes pediátricos têm necessidades distintas das prestadas aos pacientes adultos em função de serem ou estarem mais vulneráveis, o que pode lhes acarretar uma série de circunstâncias que comprometem sua segurança durante a hospitalização (GABATZ; RITTER, 2007).

Em particular, as crianças são dependentes de adultos, apresentam impactos diferentes sobre o desenvolvimento de suas patologias em função de suas características intrínsecas, a exemplo de seus sistemas fisiológicos ainda imaturos e frágeis. Elas ainda apresentam diferentes respostas à terapia medicamentosa e ao uso de

tecnologias mais voltadas à pacientes adultos. A fragilidade, vulnerabilidade e condições específicas de crescimento e desenvolvimento das crianças requerem atenção especial dos profissionais de saúde, de modo que sua proteção e segurança, assim como suas implicações, têm servido de molas propulsoras para pesquisas na área de segurança do paciente pediátrico (SCHATKOSKI et al., 2009; WILSON et al., 2010; WEGNER; PEDRO, 2012).

As mudanças físicas e fisiológicas apresentadas pelas crianças constituem informações importantes que nem sempre são observadas no tratamento clínico e, tampouco, na prestação da assistência à saúde desses pacientes. Especificidades da criança em relação à idade, peso, área de superfície corporal, capacidade de absorção, biotransformação e excreção de medicamentos aliadas com a raridade de muitas doenças pediátricas, aumentam o risco de incidentes e eventos adversos nesta população (HESSION-LABAND, MANTELL, 2011; MILLER et al., 2011; YAMAMOTO, PETERLINI, BOHOMOL, 2011).

Apesar do tema “segurança do paciente pediátrico” estar crescendo nos últimos anos, ilustrando dados importantes a respeito dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde e uma compreensão mais clara e profunda sobre os conceitos de cuidados seguros na pediatria, ainda verifica-se incipiente produção científica. Normalmente, as pesquisas existentes são baseadas nas estratégias já utilizadas com pacientes adultos, mas é necessário que haja incessante busca de soluções bem-sucedidas para uma assistência segura e de qualidade a esses pacientes tão peculiares (SCHATKOSKI et al., 2009; HESSION-LABAND, MANTELL, 2011).

Neste contexto, a “*American Academy of Pediatric*” também reconheceu a necessidade de, coerentemente, apreender e orientar sobre as questões da segurança de pacientes pediátricos. Assim, empenha-se para elucidar o entendimento das questões e promover práticas que possam auxiliar na redução de danos decorrentes da assistência à saúde em pediatria. As pesquisas sinalizam que os eventos adversos em pediatria podem ocorrer em diversas áreas e diferentes locais das instituições de saúde. Entretanto, há um predomínio na ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados a medicamentos e estão mais localizados em unidades de terapia intensiva (BELELA; PEDREIRA, PETERLINI, 2011; MILLER et al., 2011; YAMAMOTO, PETERLINI, BOHOMOL, 2011)

Em relação aos eventos adversos com medicamentos, aproximadamente 8% das pesquisas realizadas em bases de dados nacionais e internacionais referem-se à população pediátrica. E embora não existam estudos multicêntricos, epidemiologicamente amplos, com metodologias e nomenclaturas adequadas, observa-se a ocorrência de vários tipos de erros de medicação nas diferentes etapas do processo de administração de medicamentos, assim como nas diferentes áreas dentro das instituições hospitalares (BELELA, PEDREIRA, PETERLINI, 2011).

Estudo transversal e observacional realizado em hospital pediátrico na Jamaica incluindo 145 pacientes com idades entre três e 10 anos, submetidos à anestesia geral com sevoflurano procurou determinar a incidência de delírio ao despertar e os fatores de risco nesses pacientes. Considerando que delírio ao despertar é uma complicação preocupante após o uso de sevoflurano em anestesia geral, identificou que na amostra estudada, 19,3% (28 pacientes) apresentaram o evento adverso. Ainda informou que os eventos tinham uma duração média de 7,8 minutos de duração, de modo que foi necessária intervenção farmacológica em 67,8% (19 pacientes) dos acometidos. O estudo comprovou como indicadores significativos do evento adverso a idade tenra e ansiedade pré-operatória após a separação dos pais (GOODEN et. al., 2014).

Uma pesquisa descritiva, de coorte prospectiva realizada em 82 prontuários de recém-nascidos e crianças em uso de cateter venoso central, internados em unidades de terapia intensiva do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), identificou a ocorrência de eventos adversos de origem mecânica e infecciosa relacionadas ao cateterismo de venoso central. A estimativa para eventos de origem mecânica foi de 19% e para eventos de origem infecciosa foi de 29%. Os eventos de origem mecânica foram obstrução (47,4%), seguido de exteriorização (42,1%) e fratura (10,5%) (GOMES et. al., 2012).

Lamy Filho et al. (2011) realizaram um estudo com o intuito de identificar uma possível associação entre a carga de trabalho de profissionais da saúde e eventos adversos intermediários, tais como extubação acidental, obstrução do tubo endotraqueal e desconexão acidental do circuito do ventilador, durante ventilação mecânica em

unidades neonatais de alto risco e verificaram a ocorrência de eventos adversos 117 vezes durante o período observado.

Os eventos adversos ocorridos nas diferentes áreas de uma instituição hospitalar, frequentemente, estão relacionados a diversos fatores, entre eles a prática profissional e o sistema no qual a assistência à saúde encontra-se inserida. Neste sentido, reconhecer as falhas do cuidado em saúde em pediatria incita os profissionais a reavaliar sua prática e processos de trabalho, assim como, uma reestruturação do sistema, visando uma assistência mais segura (BELELA, PEDREIRA, PETERLINI, 2011).

Os sistemas em que a segurança do paciente é prioridade, visam o alcance de resultados positivos através do desenvolvimento de atitudes proativas por parte dos profissionais de saúde e um gerenciamento dos riscos relacionados à incidentes e/ou eventos adversos. Essas atitudes constituem premissas essenciais no sentido de melhorar a qualidade da assistência em saúde do paciente pediátrico.

A área da segurança do paciente pediátrico ainda está sendo desbravada, porém, acredita-se que incansáveis esforços precisam ser realizados para determinar as melhores estratégias visando reduzir danos nesses pacientes. Em vista disso, profissionais de saúde devem promover estratégias que resultem na prevenção de incidentes ou eventos adversos promovendo a segurança do paciente pediátrico (BELELA, PEDREIRA, PETERLINI, 2011, MILLER et al., 2011; WEGNER, PEDRO, 2012).

3METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Este tipo de estudo tem como fundamento a descrição, registro, análise e interpretação de um conjunto de dados de determinada população ou fenômeno, procurando explorar suas dimensões, a maneira pela qual ele se manifesta e os outros fatores com os quais ele se relaciona (POLIT; HUNGLER, 2004).

De acordo com Minayo (2007, p. 90), a pesquisa vincula tanto o pensamento quanto a ação, ou seja, "nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática". Assim, a investigação justifica-se em si como algo resultante de determinada inserção no real, explicando desta forma tanto o objetivo quanto a razão de sua existência. A pesquisa qualitativa envolve o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2014).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Emergência Interna e Unidade de Internação Clínica "D" de um hospital público pediátrico, situado na região Sul do Brasil (HIJG, 2015). Vale ressaltar que a escolha dessas unidades para desenvolvimento do estudo está relacionada à criticidade dos pacientes nelas internados, considerando que os pacientes mais críticos sofrem um número maior de intervenções, ficando expostos também a um número maior de incidentes e/ou e eventos adversos.

O hospital foi inaugurado em 13 de março de 1979, está vinculado à Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e tem como missão "Prestar, de acordo com princípios éticos e humanizados, o atendimento preventivo, curativo e social a crianças e adolescentes, bem como formar e capacitar recursos humanos e incentivar a pesquisa clínica". Atua como referência de Centro de Saúde da Criança e do

Adolescente no Estado de Santa Catarina, atendendo as demandas da cidade de Florianópolis, da grande Florianópolis e de outros Municípios do Estado. Possui uma área de 22.000 m² e atualmente, conta com 135 leitos ativos e 838 funcionários. Presta atendimento nas especialidades: Oncologia, Nefrologia, Urologia, Nutrologia, Cirúrgica Geral Pediátrica, Plástica, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Vascular, Buco-maxilo-facial, Infectologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurocirurgia, Neurologia, Pneumologia e Terapia Intensiva. Ainda possui ambulatórios para atendimento à pacientes com idade até 15 anos incompletos portadores de doenças de baixa, média e alta complexidade. A população atendida na instituição é procedente de todo o Estado de Santa Catarina, porém, há uma predominância de pacientes da Grande Florianópolis (HIJG, 2015).

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica localiza-se no segundo pavimento do hospital e atualmente passa por reformas para melhorias de sua estrutura física e ampliação do número de leitos. Provisoriamente, dispõe de oito leitos para atendimento intensivo multidisciplinar de pacientes em tratamento de diferentes patologias e níveis de gravidade, submetidos ou não a intervenções clínicas e/ou cirúrgicas. Os leitos estão distribuídos em quatro salas: sendo uma de isolamento com um leito; outras duas salas com dois leitos e a última sala com três leitos. Conta com uma equipe interdisciplinar de saúde composta por oito médicos intensivistas, sete enfermeiros, vinte e quatro técnicos de enfermagem, seis auxiliares de enfermagem e uma escrituraria e quatro residentes de medicina. Também recebe o apoio de fonoaudiólogas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogas e assistentes sociais. Na equipe de enfermagem uma enfermeira exerce a função de chefia, coordenando a equipe, assim como administrando os problemas burocráticos da unidade e trabalha em regime diário de seis horas, no período matutino, de segunda a sexta. As demais desenvolvem uma jornada de 12hx48h, distribuídas em três plantões diurnos das 07h às 19h e três plantões noturnos das 19h às 07h. Os técnicos e auxiliares de enfermagem trabalham em regime de 12hx48hdas 07h às 19h no período diurno e das 19h às 07h no período noturno. Alguns profissionais da equipe de enfermagem também optam por fazer plantões extras, chamados de “hora plantão”, quando há necessidade de fechar a escala de serviço. Os pacientes internados são procedentes da

Unidade de Emergência Externa ou de outras unidades da instituição que apresentam necessidade de cuidados intensivos (HIJG, 2015).

A unidade de Emergência Interna fica localizada no segundo piso da instituição, dispõe de cinco leitos, sendo um destinado para isolamento e presta atendimento a pacientes semicríticos. A equipe é composta por três médicos, sete enfermeiros, onze técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem e uma escriturária. Assim como na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, uma enfermeira exerce a função de chefia, coordenando a equipe e administrando problemas burocráticos da unidade. Realiza suas atividades em regime diário de seis horas, no período matutino, de segunda a sexta feira. Os demais profissionais com nível superior desenvolvem uma jornada de 12hx48h, distribuídas em três plantões diurnos das 07h às 19h e três plantões noturnos das 19h às 07h. Os técnicos e auxiliares de enfermagem trabalham em regime de 12hx48hdas 07h às 19h no período diurno e das 19h às 07h no período noturno. Nesta unidade de internação também alguns profissionais da equipe de enfermagem optam por fazer “hora plantão”, quando há necessidade de fechar a escala de serviço. A unidade de Emergência Interna recebe pacientes transferidos da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, assim como, das outras unidades de internação, além de pacientes procedentes da Unidade de Emergência Externa(HIJG, 2015).

A unidade de internação clínica “D” possui dezesseis leitos e contempla as especialidades de nefrologia, gastroenterologia, cardiologia, pneumologia, nutrologia e endocrinologia, além de servir de campo para ensino e pesquisa. No setor a equipe médica conta geralmente com um médico responsável em cada especialidade clínica com dois a três residentes e presta atendimento aos pacientes internados sob seus cuidados, no período matutino, realizando a visita médica, discussão dos casos e prescrições médicas. No período vespertino, a unidade fica sob responsabilidade do médico de plantão da emergência. Na equipe de enfermagem, semelhante às unidades anteriores, uma enfermeira que exerce a função de chefia, coordenando a equipe e administrando problemas burocráticos da unidade e realiza suas atividades em regime diário de seis horas, no período matutino, de segunda a sexta feira. Os demais profissionais com nível superior desenvolvem uma jornada de 12h x 48h, distribuídas em três plantões diurnos das 07h às 19h e três plantões noturnos das 19h às 07h. Os técnicos e auxiliares de

enfermagem trabalham em regime de 12h x48h das 07h às 19h no período diurno e das 19h às 07h no período noturno. Também nesta unidade de internação alguns profissionais da equipe de enfermagem optam por fazer “hora plantão”, quando há necessidade de fechar a escala de serviço. A unidade de internação clínica “D” recebe pacientes da Emergência Externa e das demais unidades de internação da instituição. (HIJG, 2015).

Este setor conta com um serviço especializado de nefrologia com duas enfermeiras exclusivas, que trabalham em plantões de seis horas diárias. Uma delas realiza seu plantão das 07h às 13h e outra das 13h às 19h para atendimento aos pacientes em diálise peritoneal.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A seleção dos participantes do estudo foi intencional, constituída por profissionais da equipe de enfermagem que atuam junto aos pacientes nas referidas unidades. Participaram do estudo 40 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 14 enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem.

O critério de inclusão utilizado foi atuar em uma das unidades no período de coleta de dados. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2015, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em questão (Anexo A).

Inicialmente a pesquisadora realizou uma reunião com a gerente de enfermagem e as enfermeiras chefes das referidas unidades, com intuito de informar sobre a pesquisa e início da etapa de coleta de dados. Posteriormente, a cada passagem de plantão, por alguns dias consecutivos, também foi realizada uma explanação sobre a pesquisa para os profissionais de enfermagem. Em seguida, foi entregue um convite impresso a cada profissional e o agendamento da coleta de dados.

Foi utilizada como fonte para coleta dos dados empíricos a entrevista semiestruturada. De acordo com Minayo (2014), a entrevista, como técnica para coleta de dados, privilegia a obtenção de informações, mediante a fala individual, que revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite por intermédio de um porta-voz, a representação de determinados grupos.

De acordo com Ribeiro (2008), a entrevista é uma técnica que possibilita obter dados que não podem ser encontrados em registros e fontes documentais, mas podem ser fornecidos por determinadas pessoas, assim como, é utilizada quando o pesquisador procura informações a respeito de seu objeto que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento.

Para o alcance do primeiro **objetivo geral** – descrever o conhecimento e a conduta da equipe de enfermagem diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria, foi utilizada a entrevista semiestruturada.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e gravadas em formato de áudio MP3, em local privativo, com horário agendado e no turno de trabalho dos participantes. Antes de iniciar esse procedimento, foi realizada a leitura prévia e discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual em linguagem acessível apresentou a justificativa, os objetivos, os procedimentos, os riscos e benefícios da pesquisa. Após cada entrevista, foi feita a transcrição literal e na íntegra do depoimento, preservando a veracidade dos depoimentos. As entrevistas seguiram um roteiro (Apêndice B) constando de duas partes: **a primeira** com dados de identificação – idade, sexo, escolaridade, categoria profissional, tempo de atuação na instituição e **a segunda** com quatro questões norteadoras, a seguir:

1. O que você entende sobre incidentes ou eventos adversos em saúde? Você conhece quais são?
2. Fale-me o que você sabe sobre incidentes e eventos adversos que podem ser notificado, quando e quem deve notificar os incidentes ou eventos adversos em saúde?
3. Descreva-me a sua conduta diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde.
4. Conte-me se você já vivenciou, na sua prática, algum incidente e/ou evento adverso em saúde, em caso positivo, como foi?

Para o alcance do **segundo objetivo geral** – construir um guia de orientações sobre o processo de notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria, foi realizada uma revisão narrativa da literatura e uma entrevista semiestruturada.

A revisão narrativa de literatura sintetiza e resume, em termos narrativos, um corpo de conhecimento científico sobre um determinado assunto. Estas revisões apresentam diversas finalidades, incluindo a produção de novas pesquisas, a promoção de fundamentos para o desenvolvimento de inovações para a prática clínica, bem como desenvolvimento de pesquisas avançadas (POLIT & HUNGLER, 2004). Dessa forma, realiza-se o levantamento bibliográfico e, em seguida, a coleta de informações, dados, fatos e referências contidas na bibliografia selecionada.

Sendo assim, a busca transcorreu nas seguintes bases de dados no Portal de Periódicos da CAPES, com as respectivas estratégias: **LILACS e BDEFN** - (tw:(segurança OR safety OR seguridad)) AND (tw:(pediatric* OR criança* OR infantil OR child* OR adolescen*)) AND (tw:(hospital* OR internad* OR paciente* OR inpatient*)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS" OR "BDEFN") AND year_cluster:("2011" OR "2012" OR "2010" OR "2009" OR "2013" OR "2014" OR "2015") AND type ("article"))).

PubMed/MEDLINE - ("patient safety"[MeSH Terms] OR "patient safety"[All Fields] OR "patients safety"[All Fields]) AND ("child hospitalization"[All Fields] OR "child, hospitalized"[MeSH Terms] OR "hospitalized child"[All Fields] OR (("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "childhood"[All Fields] OR "adolescent"[MeSH Terms] OR "adolescent"[All Fields] OR "adolescents"[All Fields] OR "adolescence"[All Fields] OR "pediatric"[All Fields]) AND (hospitalized[All Fields] OR "hospitalisation"[All Fields] OR "hospitalization"[MeSH Terms] OR "hospitalization"[All Fields] OR "inpatients"[MeSH Terms] OR "inpatients"[All Fields] OR "inpatient"[All Fields])))) AND ("2009/01/01"[PDAT]:"2015/12/31"[PDAT]). **SCOPUS** - TITLE-ABS-KEY(("patient safety" OR "patients safety") AND (child* OR adolescen* OR pediater*)) AND (hospitaliz* OR hospitalis* OR inpatient*) AND DOCTYPE(ar OR re) AND PUBYEAR > 2008. **CINAHAL** - ("patient safety" OR "patients safety") AND (child* OR adolescen* OR pediater*) AND (hospitaliz* OR hospitalis* OR

inpatient*). **SCIELO. ORG-** (segurança OR safety OR seguridad) AND (pediatria\$ OR criança\$ OR infantil OR child\$ OR adolescen\$ OR nino) AND (hospital\$ OR internad\$ OR paciente\$ OR inpatient\$).

Para a busca dos artigos originais, os seguintes critérios de inclusão foram utilizados para a seleção dos estudos para revisão: estudos originais, em formato de artigo científico; idioma de publicação: inglês, espanhol e português; publicados entre o período de 2009 a 2014 e tema do estudo relacionado a segurança do paciente pediátrico.

Para a entrevista semiestruturada foram seguidos os passos descritos anteriormente e com o mesmo roteiro, apenas abordando a seguinte questão norteadora:

1. Na sua percepção, quais as informações devem conter em um material ou guia de orientação sobre o processo de notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde.

De uma maneira geral, tanto na pesquisa qualitativa, como em outras abordagens, o respeito ao anonimato e sigilo são importantes. Neste caso, para assegurar a privacidade e sigilo dos dados, utilizamos um sistema de identificação no qual os nomes verdadeiros dos entrevistados foram substituídos pela letra E para enfermeiros, letra T para técnicos de enfermagem e letra A para auxiliares de enfermagem, seguidas por um número ordinal.

Também foi utilizado um diário de campo no qual foram anotadas as informações obtidas em cada entrevista em relação à comunicação não verbal, como entonação de voz, gestos, hesitações, pausas, risos, e também as reflexões e percepções que foram apreendidas pelo pesquisador durante as conversas.

3. 5. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada de forma minuciosa, haja vista que é uma tarefa que exige extremo cuidado com a interpretação dos dados obtidos. Neste sentido, foi organizada a partir da transcrição integral e literal das gravações, preservando a veracidade dos depoimentos. Durante todo o período de coleta de dados, ao final de cada dia, as entrevistas realizadas foram transcritas e os dados de identificação dos profissionais entrevistados foram separados. Todo o material empírico, ou seja, a transcrição das entrevistas e as anotações

no diário de campo totalizaram aproximadamente 93 páginas digitadas em espaço duplo, com margens conforme normas ABNT vigentes.

Utilizamos a Análise Temática proposta por Minayo (2014), que argumenta que realizar uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. De acordo com a autora, essa proposta segue três etapas:

1. Pré-análise: consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Para a Pré-análise, é proposta a seguinte sequência de tarefas: leitura flutuante do material (contato exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo conteúdo); conceituação do *corpus* (organização do material de forma que possa responder aos princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência); e formação e reformulação de hipóteses e objetivos, com base na leitura exaustiva e indagações iniciais. Também nesta etapa são determinadas as unidades de registro (palavras-chave ou frases), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos mais gerais que orientarão a análise.

2. Exploração do Material: esta segunda etapa da análise temática consiste essencialmente na operação de codificação, para a qual se propõe um trabalho inicial com recortes do texto em unidades de registro, seguido pela escolha de regras de contagem e, por último, a classificação e agregação de dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas. A exploração do material consiste, então, em uma operação classificatória, a partir da categorização dos dados obtidos para alcançar o núcleo de compreensão do texto. A categorização se dá através da identificação de, inicialmente, unidades de registros e em seguida, classificação e agregação dos dados em categorias que comandarão a especificação dos temas.

3. Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: nesta terceira etapa ocorre a interpretação dos dados já categorizados, de acordo com seu referencial e embasamento teóricos.

Posteriormente, foi iniciado o processo de pré-análise do material, com exaustiva leitura dos dados, de modo extrair os núcleos

mais importantes de cada entrevista e agrupá-los de acordo com a semelhança para conceituação do *corpus*. Nesta etapa também foram determinadas as unidades de registro (UR) e os conceitos mais gerais que responderiam aos objetivos da pesquisa. Na primeira pré-análise foram obtidas 112 UR, que após nova releitura e análise exaustiva foram reagrupadas, resultando em 55 UR, para finalizar a construção das categorias. Por fim, após o árduo trabalho, com mergulho profundo nos dados, seguido de construções e reconstruções permeadas por vastas reflexões, o desfecho emergiu em duas categorias: **“O saber e o fazer dos profissionais de enfermagem acerca dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde”** e **“o mito da punição”**.

Na última etapa da análise de dados, foi realizada a interpretação dos dados obtidos que são apresentados através do Manuscrito e do Guia de Orientações para Notificação.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Instituição, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 43582115.1.0000.5361 (Anexo A).

O estudo está fundamentado nos preceitos éticos determinados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos, especialmente no que se refere à autonomia, anonimato, sigilo, beneficência, não maleficência e justiça social. Garantindo, também, o direito de voluntariedade e desistência dos participantes da pesquisa em qualquer momento ou etapa da mesma (BRASIL, 2012). Ainda, em relação à pesquisa, ela traz benefícios acima dos riscos, sendo o benefício principal contribuir para minimizar a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria, visando maior segurança ao paciente.

Foi solicitado a cada participante a leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Este consentimento informado é uma condição indispensável na relação pesquisador e participantes da pesquisa. Em relação ao monitoramento e segurança dos dados coletados, vale destacar que somente foram manipulados pela pesquisadora e orientadora, com o sigilo das

informações e também armazenados por um período de cinco anos e depois deletados.

4 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação serão apresentados na forma de um manuscrito e um produto técnico, desenvolvidos de acordo com a Instrução Normativa 01/MPENF/2014 de 03 de dezembro de 2014. Esta legislação dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

4.1 Manuscrito: Incidentes/eventos adversos em saúde na pediatria: o saber e o fazer dos profissionais de enfermagem

4.2 Produto: Guia de orientações para notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria

4.1 MANUSCRITO

Incidentes/eventos adversos em saúde na pediatria: o saber e o fazer dos profissionais de enfermagem*

Joseila Cristina Franzon¹, Jane Cristina Anders²,

RESUMO:

Objetivo: Descrever o conhecimento e a conduta da equipe de enfermagem diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo, realizado nos meses de maio e junho de 2015 através de entrevista semiestruturada. Participaram 40 profissionais de enfermagem de um Hospital Pediátrico do Sul do país. Utilizou-se a Análise Temática para análise dos dados. Estes foram agrupados nas categorias: o saber e o fazer dos profissionais de enfermagem acerca dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde; o mito da punição. **Resultados:** O conhecimento dos profissionais de enfermagem é incipiente e baseado em sua prática cotidiana e a conduta é a comunicação verbal e a resolutividade momentânea das ocorrências. Reconhecem a importância da notificação como estratégia de prevenção que assegure a segurança do paciente pediátrico, porém encontram dificuldade para realizá-la. **Conclusão:** Evidencia-se a necessidade de adoção da cultura de segurança do paciente na instituição, assim como, implantação de protocolo de notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde

*Extraído da dissertação “Notificação de incidentes e/ou eventos adversos em pediatria: estratégia para segurança do paciente”, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Mestrado Profissional, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, 2016.

¹ Hospital Infantil Joana de Gusmão; Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Rua Rui Barbosa, 152, Agronômica - Florianópolis – SC. 88025-301; telefone: +55 48 3251 9093; e-mail: joseila.franzon@gmail.com.br

²Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

somada à orientação dos profissionais como estratégias para garantir a segurança do paciente.

Descritores: Segurança do Paciente; Enfermagem Pediátrica; Incidentes; Erros Médicos.

INTRODUÇÃO

As questões sobre segurança do paciente nos serviços de saúde configuram uma tendência mundial amplamente discutida nos últimos anos. A literatura e a mídia mostram dados estatísticos que alertam sobre o risco a que os pacientes estão expostos quando utilizam estes serviços. A repercussão global desta questão vem exigindo das organizações de saúde e autoridades uma tomada de decisão urgente em relação às iniciativas, ações e medidas que tornem a assistência ao paciente livre de danos (SILVA, 2013; DUARTE, 2015; MOREIRA et al., 2015). Entretanto, estudo apontou que ainda há lacunas nos conhecimentos e competências necessários para atingirmos mudanças significativas dentro das instituições de saúde, demonstrando a fragilidade da assistência realizada (HEALTH FOUNDATION, 2011). Neste sentido, programas nacionais e internacionais são criados com a finalidade de informar e encorajar os líderes, os profissionais da linha de frente do cuidado, os administradores e os formuladores de políticas para que continuem o progresso a partir das bases lançadas por esses programas em busca da segurança do paciente (HEALTH FOUNDATION, 2011).

O termo segurança do paciente se traduz em reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2009). Neste contexto, os danos se referem aos prejuízos ocasionados na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e podem ser físicos, sociais ou psicológicos decorridos de intervenções realizadas para melhorar o estado de saúde do paciente. Os incidentes são eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente/doente. Os incidentes podem ser oriundos de atos não-intencionais ou

intencionais. E os eventos adversos são caracterizados como incidentes que resultam em dano ao paciente. (WHO, 2009).

Sabemos que danos ocorridos nos cuidados em saúde podem ser provocados por sistemas falhos com causas comuns que podem ser generalizadas e corrigidas. No entanto, geralmente, o erro humano é apontado como causador dos incidentes e/ou eventos adversos e, com frequência, quem está de forma mais óbvia associado ao problema é julgado culpado. Ainda que cada caso seja único, julgamentos rápidos e a rotineira atribuição de culpa podem impedir que os fatos reais, com toda sua riqueza e complexidade sejam esclarecidos. Nesta perspectiva ressalta-se a importância de relatar os incidentes e/ou eventos adversos para que uma investigação cuidadosa e detalhada do fato ocorrido seja realizada e culmine em ações e medidas tomadas para melhorar a segurança do paciente (VICENT, 2009). Assim, podemos destacar a notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde como uma medida de prevenção, no sentido de reconhecer essas ocorrências e buscar na cultura de segurança organizacional sua redução (VICENT, 2009).

Entretanto, mesmo com todo empenho e avanços obtidos nas mais diversas esferas para um cuidado seguro, incidentes e/ou eventos adversos em saúde são fatores que ainda se destacam de maneira negativa neste cenário. Em vista disso, especialmente na pediatria as questões referentes à segurança do paciente tem se intensificado, pois a criança/adolescente apresenta especificidades quanto ao seu estágio de desenvolvimento, seu peso, idade, área corporal e condições clínicas (BELELA, PEDREIRA, PETERLINI, 2011). Estudo demonstrou a vulnerabilidade dos pacientes pediátricos frente a assistência em saúde, destacando a alta taxa de erros de medicação e a subnotificação de incidentes. O cuidado com a assistência em saúde prestada na pediatria exige dominar os erros e analisar quais fatores levaram a eles, a fim de programar medidas de melhorias que visem diminuí-los (NACIONAL PATIENT SAFETY AGENCY, 2009; SOUZA et al., 2014).

Neste contexto, este estudo justifica-se pela relevância do tema para a segurança do paciente pediátrico, bem como contribuir com o avanço do conhecimento em relação às notificações de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria. Assim, diante da importância do tema, a questão que norteou este estudo foi: De que forma os profissionais de enfermagem reconhecem os incidentes e/ou eventos

adversos em saúde no contexto do cuidado ao paciente pediátrico e como procedem a sua notificação?

O estudo tem como objetivo descrever o conhecimento e a conduta da equipe de enfermagem diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria.

MÉTOD

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Emergência Interna e Unidade de Internação Clínica “D” de um hospital público pediátrico, situado na região Sul do Brasil, entre os meses de maio e junho de 2015. A seleção dos participantes do estudo foi intencional e a amostra foi constituída por 40 profissionais de enfermagem. O critério de inclusão utilizado foi estar atuando em uma das unidades no período de coleta de dados. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas individuais, gravadas e, posteriormente, transcritas. Seguiu-se um roteiro constando de duas partes: a primeira, da identificação dos participantes, com questões relacionadas à categoria profissional, ao sexo, à idade, ao tempo de atuação na profissão, na unidade atual e na instituição e à escolaridade. A segunda parte era composta por questões norteadoras, relativas ao conhecimento e conduta acerca dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra após sua realização. Os dados foram analisados pela análise temática, operacionalizada a partir da pré-análise, na qual se realizou a leitura detalhada do material para o agrupamento das falas e a exploração do material para a elaboração das unidades de registros; a partir daí, os dados foram codificados e organizados em duas categorias onde foram selecionadas as falas mais significativas para ilustrar a análise e discussão dos resultados (MINAYO, 2014).

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo os seres humanos, conforme a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da referida instituição e obteve parecer favorável, sob o CAEE 43582115.1.0000.5361. Para

assegurar o sigilo e anonimato, os dados foram identificados letra E para as enfermeiras, letra T para os técnicos de enfermagem e letra A para os auxiliares de enfermagem, seguidas por um número ordinal respectivo à entrevista.

RESULTADOS

Participaram do estudo 40 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 14 enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem. Destes, 36 foram do sexo feminino, com idade entre 20 e 60 anos e quatro foram do sexo masculino, com idade entre 42 e 49 anos. O tempo de atuação na profissão variou de um a 35 anos, na atual unidade variou de 10 dias a 25 anos e na instituição variou de 15 dias a 35 anos. Quanto ao nível de escolaridade 14 profissionais possuíam nível superior, 11 profissionais possuíam curso de especialização, um profissional com mestrado em andamento, um profissional com mestrado e um profissional com doutorado.

A partir das entrevistas e análise dos dados emergiram duas categorias: “O saber e o fazer dos profissionais de enfermagem acerca dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde” e o mito da punição”.

“O saber e o fazer dos profissionais de enfermagem acerca dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde”

O conhecimento sobre incidentes e/ou eventos adversos em saúde foi expresso de diferentes formas pelos profissionais de enfermagem, entretanto, todas refletiam um significado semelhante, voltado para os prejuízos causados ao paciente, conforme as falas a seguir:

“[...] algo inesperado que pode trazer uma consequência [...], um malefício [...] ou algum agravante [...] para o paciente”. (E 05)

“[...] acho que coisas que não deveriam acontecer são incidentes e eventos adversos [...] pode ser qualquer evento que possa prejudicar o paciente [....]” (E 01)

“[...] alguma coisa que aconteceu fora do esperado, que não estava prevista e que saiu do padrão [...]”. (T 02)

As falas também mostram que os profissionais de enfermagem não conseguiram expressar de forma clara a sua concepção sobre os incidentes e/ou eventos adversos em saúde, bem como estes ocorrem no seu dia a dia:

“[...] incidentes [...] tipo intercorrência, negligência? [...] que podem acontecer numa técnica desenvolvida pelo enfermeiro, técnico ou pelo médico. [...] acho que pode ser um evento adverso [...] trazendo malefício para o paciente”. (E 10)

“[...] incidente eu acredito que é um problema que ocorra durante o procedimento [...] ou durante a assistência de enfermagem [...] e evento adverso quando alguma droga ocasionou algum problema ao paciente [...]”. (E 07)

Para alguns, o tema é bastante vago e não relacionado ao seu cotidiano de cuidado ao paciente pediátrico. Já em relação a ter presenciado algum incidente e/ou evento adverso em saúde, muitos afirmam não terem tido esta experiência, relacionando ao pouco tempo de exercício profissional em ambiente hospitalar e que em atividades profissionais anteriores estes não ocorriam:

“[...] não tenho a menor ideia [...] não conhecia essa realidade [...]” (T 12)

“[...] acabei de entrar no hospital, antes eu era de posto de saúde, nem conhecia essa realidade.” (E 06)

“[...] Não vivenciei incidentes ou eventos adversos na minha prática ainda, mas sei que existem e não é raro ocorrer aqui na unidade [...] Também nunca vivenciei nenhum evento adverso ainda”. (T 06)

“[...] Sei que existem, mas ainda não presenciei nenhum fato por estar no hospital há apenas duas semanas [...] nunca vivenciei nenhum evento adverso ainda. [...] porque acabei de entrar no hospital, antes eu era de posto de saúde”. (E 06)

Por outro lado, duas enfermeiras conseguiram relatar sua concepção sobre incidentes e/ou eventos adversos em saúde de forma mais precisa:

“[...] eu entendo como acidentes [...] os conhecidos como erros, como falhas, na maioria das vezes não intencionais. São falhas do profissional que, no caso, tá envolvido com a vida do outro [...] por isso são erros muito mais grotescos, muito mais complexos, porque implicam na vida de outra pessoa.” (E08)

“[...] pode ser um incidente que resulta em dano [...] ou alguma coisa de errado que aconteceu, mas não resultou dano ao paciente e [...] só quando causa o dano é um evento adverso [...]”. (E 09)

Observa-se uma preocupação por parte destas profissionais em relação ao reconhecimento de que a exposição aos erros e falhas no cuidado ao paciente pediátrico pode ocasionar prejuízos à sua saúde. Há uma ideia de que o cuidado à saúde ficou mais complexo, albergando, junto com os benefícios, a prestação de uma assistência insegura.

Mesmo demonstrando conhecimento incipiente, os profissionais de enfermagem tem noção de que convivem com ocorrências de incidentes e/ou eventos adversos durante o cuidado prestado.

“[...] acho que acontece bastante incidente durante a assistência de enfermagem [...]”. (T 22)

Os profissionais de enfermagem consideram as ocorrências de incidentes e/ou eventos adversos em saúde como algo não previsto e que acontece durante a prestação de cuidados ao paciente pediátrico. Sugerem que quando o paciente passa a apresentar algum sinal e/ou sintomas diferentes do que costuma apresentar habitualmente, pode estar ocorrendo algum evento, como expressaram nas falas abaixo:

“[...] acho que incidentes e eventos adversos pode ser tudo o que é diferente e que sai do normal. Tudo que tu vê que não é da rotina, ou que o paciente tá apresentando alguma coisa diferente é um evento adverso.” (T 18)

“[...] são intercorrências, que acontecem fora do esperado, fora do planejado [...]”. (T 07)

“[...] incidentes são coisas não previstas que acontecem, [...] algo que a gente não tem o poder de prever que vai acontecer e acontece sem esperar [...]”. (T 15)

Independente da forma como os profissionais de enfermagem expressaram seu conhecimento, todos reconheceram que a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos na prestação do cuidado são prejudiciais ao paciente pediátrico:

“[...] eventos adversos, ou seja, a falha ou acidente em si, cometido durante um procedimento poderiam resultar em prejuízos ao paciente [...]”. (T 23)

“[...] são erros de medicação, erros de comunicação que poderiam ser evitados e que quando ocorrem levam ao agravo do paciente [...]” (A 02)

“[...] são incidentes tipo uma intercorrência que pode acontecer numa técnica desenvolvida pelo enfermeiro, técnico ou pelo médico [...] trazendo malefício para o paciente [...]” (E 09)

Porém, na prática, os profissionais demonstraram dificuldades em expressar exemplos de incidentes e/ou eventos adversos em saúde, restringindo-os a erros de medicação, erros de comunicação, erros de prescrição, quedas do leito e troca de paciente na instalação da dieta enteral.

“[...] erros de comunicação [...] de prescrição [...]” (TA 05)

“[...] instalar uma dieta errada [...]” (TA 20)

“[...] Tipo uma medicação errada, dá uma reação [...] a grade que não fica elevada e a criança cai da cama é um acidente [...], trocas de nomes [...]” (T 04)

Dentre os exemplos de eventos adversos citados, o que apareceu com maior representatividade nas falas foi o erro de medicação. Os profissionais de enfermagem revelaram relacionar incidentes e/ou eventos adversos apenas com erros que acontecem durante a terapia medicamentosa, como nas falas abaixo:

“[...] eventos adversos são erros de medicação [...]” (E 03)

“[...] incidentes podem ser como ocorrência de algum erro de medicação [...] erro tanto no administrar, como no preparo da medicação. Eventos seriam as reações à medicação [...] efeito colateral da medicação em decorrência do incidente”. (E 01)

“[...] são intercorrências que dão tipo uma interação medicamentosa [...] acho que é isso [...]”. (T 19)

“[...] algum acidente [...] alguma coisa que não era prevista e que ocorreu durante algum procedimento, durante a assistência referente à medicação”. (T 21)

“[...] eventos adversos têm vários, mas mais de medicação [...]”. (E 07)

A preocupação com a possibilidade de prejudicar o paciente pediátrico através da prestação de um cuidado inseguro é revelada quando os profissionais de enfermagem verbalizam a importância da notificação:

“[...] tudo que aconteceu e saiu da rotina normal, que saiu do convencional, que deixou de ser benefício para o paciente precisa ser notificado [...]”. (E08)

“[...] a partir da hora que prejudicou o paciente, tem que notificar sim [...]”. (A 01)

“[...] os eventos adversos são bem importantes [...] dependendo do que acontece, podem acabar resultando em algo ainda maior para o paciente [...] então acho que fosse válido fazer a notificação [...]”. (T 03)

Além disso, um olhar sobre o aspecto da prevenção das ocorrências é revelado por duas profissionais enfermeiras que fazem menção à necessidade de notificar fatores de risco que podem também predispor o paciente pediátrico a prejuízos.

“[...] acho necessária a notificação mesmo quando o paciente apenas corre o risco e não somente se chegou a prejudicá-lo de alguma forma [...]”. (E06)

“[...] os incidentes devem ser notificados sim [...] e eu acho que o risco de eventos adversos também deveria ser notificado [...] porque podem prejudicar o paciente também”. (E10)

Os profissionais de enfermagem reconhecem a importância da notificação e pautam seus benefícios no sentido de minimizar a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde. Entre esses benefícios relatam a construção de índices que demonstrem a qualidade da assistência e o retorno sobre fatos que aconteceram para possível identificação e prevenção de outras ocorrências semelhantes na instituição:

“[...] a gente poderia, diante da notificação, gerar números de quais incidentes são mais recorrentes e daí trabalhar neles [...] acho que a gente acabaria com essa ocorrência de incidentes, iria ser muito válido [...]”. (E 12)

“[...] acho a notificação importante, até pra avaliar o teu retorno disso, o que tá acontecendo [...] eles não dão retorno pra gente [...]” (T 02)

“[...] todos os eventos deveriam ser notificados porque [...] a gente deve notificar pra saber se tem algum problema acontecendo [...] e o que

houve que deu aquela reação [...] e ainda se tá ocorrendo em outras crianças [...]" (T 14).

Em relação à conduta dos profissionais de enfermagem diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria, algumas diferenças foram notadas entre as categorias profissionais. Os profissionais enfermeiros relatam comunicar e/ou chamar o médico em um primeiro momento:

"[...] comunicar o médico [...] se tiver um efeito ruim pra criança ou problema mais sério [...]" (E01)

"[...] quando eventos adversos acontecem é logo falado pro médico [...] tem que ver qual a conduta a ser tomada em cada caso [...]" (E 03).

"[...] comunicar o médico e ver se poderia trazer algum dano ou não pra criança [...] tentar corrigir o erro [...]" (E 02)

Visualizamos neste cenário que o enfermeiro procura transferir a responsabilidade de atuação para o médico e resolver a ocorrência momentaneamente, com o propósito de reduzir os danos ao paciente o mais rápido possível. Ao mesmo tempo, revela a falta de um protocolo para nortear os profissionais nesses momentos também faz com que a notificação não seja adotada como conduta.

Outros enfermeiros referem chamar sua chefia imediata, a fim de solucionar o problema em conjunto, enquanto outros não têm ideia do que fazer. No entanto, de forma geral, observamos que todos os profissionais de enfermagem quando se deparam com ocorrências de incidente e/ou eventos adversos em saúde, tendem a resolvê-los, porém não fazem referência a notificar. Nas falas abaixo podemos perceber um olhar apenas voltado para a resolução do problema de forma imediata, sem perspectiva de evitar futuros problemas semelhantes:

“[...] minha conduta seria amenizar o máximo possível [...] ver onde e o que aconteceu pra passar pra minha chefia imediata e resolvermos o problema [...]” (E 10)

“[...] a minha conduta é comunicar minha chefia imediata, e diante do incidente, sabendo quais ou a qual a conduta imediata, para que ele não gere mais ônus [...]” (E12)

“[...] não tenho a menor ideia do que fazer, acho que chamaria outro enfermeiro, um médico [...] nunca vivenciei nenhum evento adverso”. (E 06)

“[...] eu chamaria um médico, ligaria pra CCIH, sei lá o que iria fazer [...]”. (E 07)

Em relação aos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem, estes referem como conduta solicitar avaliação do enfermeiro diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos e igualmente aos enfermeiros, não notificam as ocorrências. Também referem como conduta a resolução imediata do evento, como evidenciam as falas abaixo:

“[...] minha conduta seria chamar a enfermeira na hora [...] para tomar as primeiras providências [...]” (TA 12)

“[...] a gente num primeiro momento chamaria o enfermeiro, falaria o que aconteceu e depois, provavelmente é tomadas as devidas providências”. (TA 03)

“[...] eu chamaria a enfermeira e [...] comunicaria a ela [...] porque às vezes, precisa de uma intervenção e eles chamam o

*médico que faz o que tem que ser feito [...]”
(TA 07)*

“[...] minha conduta seria chamar a enfermeira, que chamaria o médico que entra com as intervenções necessárias [...]” (TA 08)

Nas duas categorias de profissionais de enfermagem a conduta empregada foi apenas no sentido de “o que fazer no momento que acontecem incidentes e/ou eventos adversos em saúde”, ou “que medidas utilizar para retirar o paciente daquela situação momentânea”. Entretanto, um desses profissionais se atentou para a necessidade de notificação após a ocorrência de incidentes e/ou eventos em saúde na pediatria, como exposto a seguir:

“[...] não se sabe o que vai acontecer depois, pode ter um agravo com a criança ou não [...] tem que comunicar pra enfermeira e ela tem que notificar [...]”. (TA 06)

Quando abordados sobre qual profissional deveria realizar a notificação, percebeu-se que , a visão dos profissionais enfermeiros difere da visão deste profissional, como identificamos nas falas abaixo:

“[...] qualquer um pode estar notificando sempre que aconteceu o evento [...], desde que viu o fato ou ocorreu com a própria pessoa [...]”. (E01)

“[...] a notificação pode ser feita por qualquer pessoa que esteja envolvida [...] eu não vejo que seja responsabilidade do enfermeiro [...] mas da equipe toda [...]”. (E 08)

Entre os técnicos e auxiliares de enfermagem entrevistados, a ideia de que o enfermeiro seria o profissional que deveria realizar a notificação foi bastante expressiva, sugerindo falta de conhecimento do profissional técnico de enfermagem sobre o assunto, de modo a não

saber que ele próprio pode realizar a notificação ou por levar em consideração a hierarquia profissional, respeitando o papel de chefe, detentor do saber, que o do profissional enfermeiro exerce na equipe de enfermagem:

“[...] o registro da notificação deve ser do enfermeiro [...] tá mais capacitado”. (TA 02)

“[...] o enfermeiro hoje tá mais presente nas unidades [...] então acho que o enfermeiro tinha que notificar [...] “. (TA 04)

“[...] a enfermeira pode notificar [...] porque tudo é levado pra ela [...]”. (TA 18)

Porém, alguns dos profissionais técnicos de enfermagem demonstraram ter uma visão mais aprofundada sobre esta questão:

“[...] vale a pena notificar e acho que a enfermagem poderia notificar ou qualquer outra pessoa que vê o incidente na hora [...]Acho que a equipe pode, porque sempre a gente tá trabalhando junto”. (TA 10)

“[...] é importante o próprio profissional notificar seus incidentes [...]”. (TA 12)

“[...] quem poderia notificar acho que é o próprio técnico [...] na hora que identifica o incidente. Quem identificasse teria que notificar [...] porque acho que a partir do momento que tu identifica seria tua responsabilidade notificar [...] se fosse notificado, claro”. (TA 11)

Independente da conduta adotada pelos profissionais de enfermagem frente a ocorrências de incidentes e/ou eventos adversos, todos demonstram que há interesse na notificação dos eventos.

Entretanto, revelaram que a mesma não ocorre na instituição, como expressado nos relatos abaixo:

“[...] todos os eventos [...] independente de ter ou não prejudicado o paciente [...] deveriam ser notificados, mas não são [...]”. (E 02)

“[...] é bom registrar esses erros o quanto antes, mas, notificado acredito que não é não [...]”. (E 03)

“[...] nem sempre registra no prontuário, quanto mais uma notificação [...] aqui a gente não notifica [...]”. (E 10)

Em se tratando dos motivos da não notificação, alguns profissionais de enfermagem sugerem em suas falas que a ausência da cultura da segurança do paciente na instituição, poderia ser uma possível causa para o problema:

“[...] uma das coisas que dificulta melhorar a questão da segurança do paciente é que eles são pouco notificados [...] a gente deveria ter essa cultura de notificar [...]”. (E09)

“[...] eu deveria ter essa cultura de notificar [...]”. (E12)

Também identificamos outros motivos que podem ser considerados como causas da não notificação, entre eles, o desconhecimento do que notificar, para quem notificar e a falta de uma ficha de notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde. Ou seja, a ausência de um fluxo estabelecido e instrumentos adequados podem estar contribuindo para a ausência de notificação:

“[...] mas o que pode ser notificado [...] e prá quem isso [...], prá chefia imediata? [...]”. (E 04)

“[...] eu não sei o que pode ser notificado e muito menos se alguém notifica alguma coisa [...]”. (TA 02)

“[...] a gente registra tudo na evolução do paciente [...] não tem nada separado pra registrar, fica tudo anotado só na evolução do paciente [...]”. (TA 07)

De maneira geral o saber e o fazer dos profissionais de enfermagem acerca dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde envolve o conhecimento sobre o tema, embora de forma incipiente e reforçando a importância da realização de sua notificação, mesmo que muitas vezes não é a prática realizada.

O mito da punição

Os profissionais de enfermagem mostram que o erro não acontece de forma intencional, pois não existe a intenção de errar ou de causar danos durante a prestação de cuidados ao paciente pediátrico, porém admitem que muitas vezes os erros e os danos aconteçam. E quando acontecem, mesmo que a notificação não tenha a finalidade de procurar os culpados ou punir quem os comete, evitam registrar as ocorrências:

“[...] o problema muitas vezes ocorre sem querer [...]”. (T 23)

“[...] ninguém comete erros porque quer [...] de propósito [...] ninguém quer errar porque quer [...] mas às vezes, se evita registrar [...]”. (E 03)

Revelam, nos depoimentos abaixo, que mesmo comprometidos com a prestação de um cuidado seguro, temem se expor e/ou falar sobre a situação ocorrida e se pode perceber que o medo seria uma das razões dessa realidade. Os profissionais de enfermagem ainda relatam que a

omissão de ocorrências pode influenciar na segurança do paciente e pode refletir na baixa notificação.

“[...] tem a questão de não identificar a pessoa [...]”. (T 08)

“[...] quando surgiu a situação, pensei em quanta coisa deve acontecer aqui dentro que a gente nem toma conhecimento, que eles nem falam [...]tem medo de serem acusados [...]”. (E01)

“[...] uma das coisas que dificulta a questão da segurança do paciente é que eles são pouco notificados [...] por medo, principalmente [...]”. (E 09)

Em um dos relatos pode-se perceber decepção diante da medida latente adotada frente a um incidente e/ou evento adverso em saúde ocorrido no cuidado ao paciente pediátrico na instituição. Igualmente, esse depoimento revela que o profissional também tem uma visão punitiva, de modo que espera um retorno por parte da instituição sobre o que aconteceu no sentido de que o fato seja revelado e assumido pelo profissional causador, entretanto são negligenciados a respeito:

“[...] ela esperou não ter ninguém e foi lá e colocou uma vírgula entre os números [...] Porque ela não assumiu o que fez de errado? Aí chamaram ela lá dentro, o que falaram, qual a conduta que tiveram, eu não sei [...] Mas em nenhum momento foi passado pra nós o que aconteceu”. (T 05)

Por outro lado, outras falas expressam o reconhecimento de que enquanto houver o mito da punição haverá a omissão dos fatos se sugerem que a cultura punitiva vigente pode ser reflexo dessa realidade. Neste sentido, o medo de ser acusado, ser penalizado ou sofrer sanções

administrativas também aparece permeando a decisão dos profissionais de enfermagem diante da notificação das ocorrências na instituição. Sugerem que não devem ser adotadas medidas drásticas ou punitivas e sim buscar a colaboração dos profissionais de enfermagem:

“[...] tem que ter jeito, fazer acontecer na parceria [...] porque depende de como a gente leva a situação [...] porque senão [...] o técnico não vai falar por medo de ser acusado [...]”. (E 05)

“[...] a gente tem que trabalhar com suavidade [...] se trabalhar assim, como se fosse penalizar, punir, ganhar censura, sofrer represália [...] eles vão esconder, vão ficar com medo [...] e com medo é onde eles tapam [...]”. E (09)

Destaca-se o fato de que os profissionais de enfermagem percebem que quando deixam de notificar a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde não aproveitam a oportunidade para aprender com erros e falhas do cuidado. Evidenciaram que há uma concordância de que ações mais abrangentes deveriam ser adotadas para prevenir novas ocorrências. Entretanto, novamente o mito da punição faz com que se preocupem mais com as consequências de ordem administrativa. Vejamos as falas que evidenciam esta questão:

“[...] e o que aconteceu poderia ser usado pra crescimento [...] mas vem pra punição [...]”.(T(23)

“[...] porque na época que aconteceu, todo mundo encobriu [...] e isso era uma coisa que não era pra ser encoberta [...] ela tinha que ser chamada atenção, bem mais rígida [...] práς coisas não acontecerem de novo. Ela saiu da nossa unidade e foi pra outra, sabe lá o que pode acontecer por lá [...]”. (A 01)

“[...] tem que falar pra pessoa [...] tu fez uma coisa errada [...] um paciente sofreu com isso, foi muito prejudicado [...] não pode acontecer de novo”. (T 01)

Outra questão observada é que os profissionais de enfermagem diariamente detectam falhas cometidas por outros profissionais de saúde, porém a questão do medo e da omissão dos fatos permeia o cotidiano da assistência ao paciente pediátrico e as ocorrências não são informadas.

“[...] porque eles fazem muita coisa errada [...] é todo dia, todo dia tem erro. Depois que der uma zebra, não é a equipe médica culpada [...] porque é encoberto. E vai ser um técnico de enfermagem que fez errado [...]”. (T 05)

“[...] não aconteceu nada com a pessoa que prescreveu errado [...] e se a gente não tivesse tido essa conduta, iria vir sobre nós [...] perigo de ser exonerado e até perder o COREN. (A 01)

Os relatos de profissionais de enfermagem ainda mostram uma relativa apreensão em relação à notificação de incidentes e/ou eventos adversos cometidos por outros profissionais de saúde. Também sugerem que os profissionais sentem medo quando referem que essas falhas podem recair sobre a enfermagem, gerando situações conflitantes na equipe, bem como desmotivando a comunicação de eventos passíveis de notificação. Percebe-se que isso pode influenciar negativamente na realização da notificação, deixando os profissionais de enfermagem em dúvida em relação a notificar ou não o ocorrido. As falas abaixo podem elucidar essa questão:

“[...] notificar [...] eu não sei [...] por causa da “culpabilização”, onde vai cair isso? Normalmente em cima da enfermagem [...]”

porque se faz uma coisa errada [...] mesmo que esteja prescrito errado, foi a enfermagem [...] se perde o cateter, foi a enfermagem, mesmo que tenha sido mal fixado. Um curativo mal feito, foi a enfermagem [...] não sei se vai ser bom ou ruim notificar [...]". (T 22)

"[...] em vez de ela declarar [...] não, eu errei [...] ela alterou a prescrição [...] 'prá' colocar a culpa na enfermagem". (A 01)

Em contra partida, alguns profissionais relataram que comunicar o erro é importante, pois envolve questões éticas como responsabilidade e reconhecimento do mesmo. Demonstram não apenas preocupação e sensibilização com os prejuízos que o paciente pediátrico possa vir a sofrer, mas, também comprovam seu compromisso com a profissão. As falas abaixo expressam isso:

"[...] não pensei em esconder, comuniquei a enfermeira [...]". (T 06)

"[...] acho importante comunicar, porque a partir do momento que você reconhece um erro, dá tempo de contornar a situação e fazer alguma coisa. Agora, omitir o erro acho que é pior, tu tá errando duas vezes [...] porque cometeu o erro e porque não quer assumir," (T 11)

Na ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria fica evidente o prejuízo sofrido pelo paciente pediátrico, mas ainda há de se considerar que o profissional que cometeu o erro também fica prejudicado de alguma forma. As falas demonstram que o próprio profissional preocupa-se com seus prejuízos emocionais, assim como, de seus pares. Os depoimentos de profissionais técnicos de enfermagem e de profissionais enfermeiros revelam isso:

“[...] depois que aconteceu, o profissional teve um prejuízo emocional muito grande [...] sofreu muito com a possibilidade de ter prejudicar um ser humano [...]. Continuou a trabalhar, mas ficou psicologicamente abalada.” (E 07)

“[...] agora me proíbo de fazer isso [...] eu gasto minhas pernas, mas instalo uma dieta de cada vez [...] já pensou? Eu morro do coração se acontecer alguma coisa com a criança [...]” (T 20)

“[...] foi um fato que me marcou bastante [...] não esqueço nunca [...]”. (E 08)

De maneira geral o mito da punição está refletido tanto nas ações dos profissionais de enfermagem como na cultura vigente na instituição cenário da pesquisa. Esta realidade remete a omissão ou ausência de comunicação dos incidentes e/ou eventos adversos ocorridos durante a prestação de cuidados ao paciente, revelando que o medo do que pode acontecer implica fortemente na decisão de notificar ou não os incidentes e/ou eventos adversos ocorridos.

DISCUSSÃO

Os profissionais de enfermagem demonstraram conhecimento acerca de incidentes e/ou eventos adversos em saúde. O conhecimento foi expresso de diferentes formas, revelando a compreensão que de certa forma a ocorrência incidentes e/ou eventos adversos em saúde trazem prejuízos à saúde do paciente ao pediátrico.

De forma semelhante, estudo realizado com 37 profissionais de enfermagem de duas unidades de terapia intensiva de um hospital de ensino de Goiânia, evidenciou que 45,9% dos profissionais desconheciam sobre a ocorrência de eventos adversos em unidade de terapia intensiva, mas o reconheciam como parte do processo de trabalho (MOREIRA, 2015). Dentro deste contexto, através dos

resultados, depreendemos que um conhecimento superficial pode significar um comprometimento da segurança do paciente pediátrico, ou seja, pode representar maior risco de ocorrência de resultados negativos durante a prestação de cuidados, principalmente quando não identificados. Em contra partida, diante do grau de complexidade e dos avanços tecnológicos que o cuidado em saúde vem atingindo, impõem-se renovação urgente do conhecimento em busca de aprimoramento constante para atender às exigências do sistema de saúde vigente em prol de um cuidado seguro, livre de incidentes e eventos adversos (AMANTE et al., 2010).

Os incidentes podem ser compreendidos como eventos ou circunstâncias que poderiam ter resultado, ou resultaram, em dano desnecessário ao paciente e eventos adversos como danos causados pelo cuidado à saúde e não pela doença de base, prolongando seu tempo de hospitalização ou resultando em incapacidade presente no momento da alta (WHO, 2009, BRASIL, 2014). Ressalta-se ainda que um incidente sem dano seja um potencial evento adverso, já que a diferença entre ambos é a consequência causada ao para o paciente.

Os profissionais de enfermagem também sinalizaram que instituem seu aprendizado a partir de sua própria rotina diária de trabalho. Essa bagagem de conhecimento carece de fundamentação científica, entretanto, isso não impede que percebam os prejuízos causados ao paciente pediátrico. Desta forma, o registro dos incidentes e efeitos adversos deve ser estimulado junto aos profissionais por possibilitar a implantação de medidas preventivas e, conseqüentemente, um cuidado seguro (PARANAGUA, et al., 2013).

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América define o cuidado seguro como o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (BRASIL, 2014). Assim, dominar a essência do significado de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria pode favorecer um equilíbrio do saber de modo a contribuir para uma redução dessas ocorrências, fortalecendo a segurança do paciente pediátrico. Estudos ressaltam a necessidade de qualificar os profissionais de enfermagem constantemente com conhecimento científico, por meio de capacitações, cursos e divulgação do assunto, ampliando os olhares para a segurança do paciente. A produção do conhecimento e a utilização de pesquisas sobre o tema do paciente

subsidiarão a expansão do assunto em todos os contextos da prestação da assistência em saúde (WEGNER, PEDRO, 2012, SOUZA, et al. 2014), favorecendo a implantação da cultura de segurança do paciente na instituição.

Certamente, as discussões e a divulgação clara e precisa sobre o que são incidentes e/ou eventos adversos são consideradas positivas na busca de melhorias, entendendo que a detecção desses eventos pode servir como base para uma mudança de atitudes que facilitará a tomada de decisão e para planejamento da segurança do paciente a partir da análise, do monitoramento, da minimização e da prevenção de ocorrências que possam causar incidentes e eventos adversos (COLLI, ANJOS, PEREIRA, 2010, FRANÇOLIN et al., 2015). Estudo espanhol revelou que após utilizarem estratégias educativas com foco na cultura de segurança do paciente, houve significativa redução dos erros, neste caso, relacionado à medicação em pacientes neonatais (CAMPINO et al., 2009).

Neste sentido, pacientes pediátricos também são vítimas de incidentes e/ou eventos adversos em saúde e de acordo com estudo prospectivo multicêntrico realizado em unidades de terapia intensiva neonatal nos países baixos, eles ocorrem regularmente e, com frequência, prejudicam os pacientes (SNIJDER, 2011). Uma revisão sistemática da literatura sobre incidentes, particularmente dos EA evidenciados em UTIN incluindo 19 estudos publicados entre 2001 e 2011, sem limitação de idioma. Desvela-se que os tipos de incidentes e/ou eventos adversos em saúde que ocorrem, com ou sem lesão no paciente, estão relacionados a erros ou falhas no uso medicamentoso, infecções associadas ao cuidado em saúde, lesões cutâneas, ventilação mecânica e cateteres intravasculares, com causas associadas a fatores humanos (LANZILLOTTI et al., 2015).

A literatura é extensa quando se trata das ocorrências de incidentes e/ou eventos adversos em saúde e bastante alarmante quando se trata dos seus resultados (LANZILLOTTI et al., 2015, DUARTE, 2015), e o conhecimento superficial, limitado e inadequado acerca dos eventos adversos, dificulta a tomada de decisões e evidencia a necessidade de implantação da cultura de segurança do paciente aliada ao planejamento de ações educativas para a capacitação dos profissionais (QUEIROZ BEZERRA et al., 2012)

Assim, destacamos estudo descritivo, realizado em junho de 2012, com 106 publicações em bases de dados e bibliotecas *online no qual* o tema cultura de segurança alcançou 8,5% dos artigos. Os processos de mudança e inovação em instituições com diferentes culturas organizacionais e fatores subjacentes que facilitam ou dificultam este processo foram apontadas nos estudos. Estes fatores incluem pessoas, ideias, padrões de relacionamento e tempo e que, em certos ambientes existe uma cultura organizacional que favorece a mudança e a inovação e em outros não (TOBIAS et al., 2014).

Em relação à conduta dos profissionais de enfermagem diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos, os profissionais afirmam relatar verbalmente para o enfermeiro ou o médico e/ou com raras anotações no prontuário. No entanto, nenhum dos profissionais de enfermagem notifica tais eventos ou possui orientação sistematizada para informá-los. Corroborando com este achado, estudo realizado com 40 profissionais de saúde em um hospital terciário do Canadá teve o objetivo de investigar se os profissionais de saúde ao se deparar com problemas de segurança do paciente resolvem, corrigem e esquecem ou corrigem e notificam. Para a maioria dos profissionais de saúde a opção escolhida foi corrigir e esquecer e em poucos casos a estratégia de corrigir e notificar foi mencionada como a forma utilizada para lidar com problemas que eles próprios podiam resolver (HEWITT, CHREIM, 2015).

Neste sentido, ter sido o enfermeiro apontado pela maioria dos entrevistados como o profissional que deveria ser responsável pela notificação dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde pode ser positivo, pois demonstra que há uma relação de confiança entre a equipe de enfermagem. Reforçando esse achado, estudo observou a visível importância do enfermeiro em seu trabalho de gerenciador e mediador de situações. Para a equipe de enfermagem, ele é a referência na resolução do acontecimento, seguindo, é claro, uma sequência preestabelecida na instituição (CECCHETTO; FACHINELLI; SOUZA, 2010). Outro estudo revela que em se tratando dos técnicos e auxiliares de enfermagem, esta atitude demonstra que esses profissionais buscam ajuda para decisões a serem tomadas e também para amenizar os sentimentos de insegurança e estresse, transferindo ao enfermeiro a responsabilidade da tomada de decisões, provavelmente pela sua postura de líder dentro da equipe (MASSOCO, MELEIRO, 2015).

Também neste sentido Camelo (2012) evidencia em seu estudo que o profissional de enfermagem tem graus diferentes de formação, assim sendo, a divisão de tarefas garante ao enfermeiro este papel de detentor do saber e de controlador do processo de trabalho. Paradoxalmente, alguns enfermeiros, em parceria com profissionais técnicos de enfermagem, expressaram em suas falas, que outros membros da equipe de saúde poderiam notificar os incidentes e/ou eventos adversos, desde que tenham tido contato direto ou indireto com o evento ocorrido.

De modo geral, constatamos que quando os profissionais de enfermagem relatam, mesmo que verbalmente, as ocorrências de incidentes e/ou eventos adversos em saúde, manifestam preocupação com as consequências que o paciente pediátrico pode vir a sofrer. Estudo revela que o profissional de enfermagem percebe a gravidade do fato e se preocupa com os resultados do evento no paciente; procurando comunicar à equipe e assumindo sua responsabilidade (CECCHETTO; FACHINELLI; SOUZA, 2010).

Comunicar erros é um dever ético das profissões que envolvem o ser humano. Assim como, assumir o erro com responsabilidade supõe condições éticas nas relações entre as pessoas envolvidas, pois o reconhecimento e a comunicação da falha representam a autonomia do profissional para agir de forma responsável e prudente. Porém, quando o erro é omitido, atesta-se que a cultura punitiva ainda é vigente (COLI, ANJOS, PEREIRA, 2010). Neste sentido, os profissionais de enfermagem entrevistados conseguem reconhecer a existência e ocorrência de incidentes e eventos adversos na instituição. Apesar de que relataram poucos tipos, os profissionais destacaram o erro de medicação como o evento que mais acontece na instituição.

Estudos descrevem tipos de incidentes e/ou eventos adversos em saúde, mas, o erro de medicação ganha destaque na literatura como um todo, por gerar custos humanos, econômicos e sociais (DUARTE, 2015, MOREIRA et al., 2015). Todos os pacientes são vulneráveis aos seus efeitos deletérios, em especial, os pacientes pediátricos, devido sua vulnerabilidade e os internados em unidades críticas submetidos a um maior número de procedimentos e de medicamentos. Outra questão que implica no erro de medicação é o envolvimento de diversos profissionais nas diferentes etapas do processo medicamentoso, contribuindo para que o controle dos erros muitas vezes ocorra de forma

fragmentada e com pouca eficácia, contudo, é de grande relevância a notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria (REIS, COSTA, 2012, DUARTE, 2015).

Os profissionais de enfermagem percebem a importância da notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde, assim como, sinalizam a intenção de realizá-la, também apontam alguns benefícios, entre eles a identificação de ocorrências em diferentes locais da instituição e prevenção de futuras ocorrências, mas não a realizam. Nesta perspectiva, notificar seria permitir aos profissionais de enfermagem compartilhar responsabilidades com os gestores, bem como estabelecer uma relação de colaboração com a instituição, que lhe conferiria suporte administrativo e segurança profissional, além de estimular ações corretivas (PAIVA et.al., 2014).

Porém este aspecto não foi identificado no estudo, demonstrando que há uma relação distanciada entre o saber e o fazer, pois os profissionais de enfermagem sabem da importância da notificação, mas não a realizam. Ficou evidenciado que apenas saber a importância em se notificar não significa que os profissionais procederão à notificação da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria. Este aspecto pode ser resultado do medo e das consequências que podem sofrer. Os profissionais deixaram transparecer em seus relatos, mesmo de modo velado, que a instituição ainda tem uma cultura punitiva vigente que serve de bloqueio para a notificação acontecer.

A notificação dos eventos adversos ainda é negligenciada socialmente, dada a cultura punitiva existente. Ainda é grande a dificuldade para se aceitar o erro, temendo-se o castigo e a incompreensão social (DUARTE, 2015). Estudo demonstrou que equipe de enfermagem posicionam-se em prol da notificação e da adoção de medidas para minimização de danos com o objetivo de oferecer uma assistência de excelência, diminuir custos e assegurar a satisfação da clientela em todos os níveis de atendimento. Essa questão é alcançada através da cultura de notificação, que se mostrou como o melhor caminho no sentido de promover a segurança do paciente, através do real entendimento das falhas ocorridas e implementação de estratégias preventivas (CLARO et. al., 2011)

Assim, a ideia punitiva deve ser substituída por uma política institucional de segurança do paciente, incluindo a notificação como o melhor caminho para minimização e prevenção de reincidência de

incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria. A implantação dessa estratégia deve envolver todos os atores que participam da assistência ao paciente pediátrico, instituindo-se uma cultura de segurança dentro da instituição de modo que os profissionais passem a ver realmente a notificação como um caminho para o cuidado seguro ao paciente..

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de enfermagem demonstraram um conhecimento incipiente acerca dos incidentes e eventos adversos em saúde, expressado de diferentes formas. O conhecimento revelado provém do cotidiano da profissão, ou seja, não possui embasamento na cultura de segurança ou em bases científicas, de modo que a notificação de incidentes e eventos adversos em saúde não está contemplada na instituição.

Diante da complexidade do cuidado seguro e das consequências advindas dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria torna-se indiscutível a necessidade da vigência da cultura de segurança do paciente na instituição.

Ainda, considerando que a atuação da equipe de enfermagem diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde precisa estar respaldada por conhecimentos científicos, entendemos que a instituição precisa incentivar e investir na qualificação dos seus profissionais. Assim, sugerimos que práticas educativas devam ser realizadas abordando o tema, com destaque nas ações dos profissionais de enfermagem para minimizar ou prevenir a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde.

Acrescentamos ainda a importância da implantação da notificação como uma medida de prevenção e redução das ocorrências e não com vistas à punição do profissional. Neste sentido, a instituição deve abandonar a busca de culpados e focar no processo de melhoria da segurança do paciente como um todo, fomentando a realização da notificação como melhor caminho para identificar e conhecer os eventos ocorridos dentro da instituição. A cultura de segurança do paciente deve ser adotada no sentido de capacitar os profissionais para serem proativos

diante das ocorrências de eventos, a fim de reduzir as consequências e danos ao paciente pediátrico.

A prevenção de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria começa com a identificação, através do conhecimento e comunicação, através da notificação, dessas ocorrências.

REFERÊNCIAS

AMANTE, Lúcia Nazareth et al. A interface entre o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial. **Revista Eletrônica de Enfermagem [internet]**. Goiás, v. 12, n. 1, p.201-07, jan. 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a25.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerencia Geral de Tecnologia em serviços de Saúde. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília: ANVISA, 2013. 168 p. (Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde).

BECCARIA, Lucia Marinilzaet. al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, São Paulo, p.276-82, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015

BELELA, Aline Santa Cruz; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini. Medicationerrors in pediatrics. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 563-69, jun 2011 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12dez. 2015.

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz et al. Eventos adversos: indicadores de resultados segundo a percepção de enfermeiros de um hospital sentinela. **Enfermería Global**, Espanha, v. 11, n. 3, p.198-209, jul. 2012.

Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/issue/view/11131>>.
Acesso em: 12 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40p.

CAMPINO A., et al. Educational strategy to reduce medication errors in a neonatal intensive care unit. **Acta Pediátrica**, [s.i], v. 98, n. 5, p.782-5, may, 2009. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19389122>>. Acesso em: 09 jan. 2016.

CARNEIRO, Fernanda Salerno et al. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.204-11, abr. 2011. I. Disponível em:
<<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

CECCHETTO, Fátima Helena; FACHINELLI, Tais Souza; SOUZA, Emiliane Nogueira. Iatrogenic or adverse event: perception of nursing staff. **Reuol**, Recife, v. 4, n. 3, p.1377-83, set. 2010. DOI: 10.5205/reuol.985-8496-1-LE.0403201006. Disponível em:
<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/985>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

CLARO, Carla Matilde et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p.167-172, mar. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100023>. Acesso em: 30 dez. 2015.

COLI, Rita de Cássia Pires; ANJOS, Marcio Fabri dos; PEREIRA, Luciane Lucio. Postura dos enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 324-30, June 2010 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 jan. 2016.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al . Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-54, Feb. 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000100144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Dec.2015

FRANÇOLIN, Lucilena et al. Patient safety management from the perspective of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p.0277-83, abr. 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2016.

HEWITT, Tannya Anne; CHREM, Samia. Fix and forget or fix and report: a qualitative study of tensions at the front line of incident reporting. **Bmj Qual Sa**, [s.i], v. 24, n. 5, p.306-310, maio 2015. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4413736/>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

KOUMPAGIOTI, Despina et al. Evaluation of the medication process in pediatric patients: a meta-analysis. **Journal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 90, n. 4, p. 344-55, ago. 2014 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572014000400344&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2015.

LANZILLOTTI, Luciana da Silva et al. Adverse events and other incidents in neonatal intensive care units. **Ciência Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 3, p.937-46, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015203.16912013. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/article_plus.php?pid=S1413-81232015000300937&tlng=pt&lng=en>. Acesso em: 30 dez. 2015.

LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda et al. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p.1073-83, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1193/pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

LUCERO, Robert J; LAKE, Eileen T; AIKEN, Linda. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. **Journal of Clinical Nursing**, New Jersey, v. 19, n. 15-16, p.2185-95, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057502/>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

MASSOCO, Eliana Cristina Peixoto; MELLEIRO, Marta Maria. Comunicação e segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p.187-195, 01 jun. 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1014>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

MOREIRA, Isadora Alves et al. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 23, p.461-7, jul. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5158>>. Acesso em: 06 dez. 2015

NACIONAL PATIENT SAFETY AGENCY (London). **Review of patient safety for children and young people**. 2009. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi9-OK-4uLJAhUFf5AKHXHKCjwQFgghMAA&url=http://www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?alId=74433&usg=AFQjCNGsloYEH9mja4Yh8I9MkboxaXFckEg&sig2=pKw4BN_ai1NG87fi4dT-XA&bvm=bv.110151844,d.Y2I>. Acesso em: 17 dez. 2015

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de; PAIVA, Sergio Alberto Rupp de; BERTI, Heloisa Wey. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p.287-94,

jul. 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

REIS, Gisele Silva dos; COSTA, Josiane Moreira da. Erros de medicação no cotidiano dos profissionais de um hospital de ensino: estudo descritivo exploratório. **Revista Brasileira Farmácia Hospitalar**, São Paulo, v. 3, n. 2, p.30-3, jun. 2012. Disponível em:
<<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/2012030206BR.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

SILVA, Lolita Dopico da; CAMERINI, Flavia Giron. Análise da administração de medicamentos intravenosos em hospital da rede sentinela. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 633-41, set. 2012 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em:12 dez. 2015. .

SILVA, Lolita Dopicoda. Segurança e qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.425-26, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10037/7823>>. Acesso em: 16 dez. 2015.

SNIJDER, C et al. Incidents associated with mechanical ventilation and intravascular catheters in neonatal intensive care: exploration of the causes, severity and methods for prevention. **ArchDisChild Fetal Neonatal Ed.**, Reino Unido, v. 96, n. 2, p.121-26, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20870905>>. Acesso em: 21 dez. 2015.

SILVA, Luiz Almeida da et al. Notificação de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar. **Revista de Enfermagem: UFPE online**, Recife, v. 8, n. 9, p.3015-23, set. 2014. DOI: 10.5205/reuol.5960-55386. Disponível em:
<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6341>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

SOUZA, Francine Terezinha de et al. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p.152-62, 10 jul. 2014. Universidade Federal de Santa Maria. DOI: 10.5902/217976928781. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8781>>. Acesso em: 09 jan. 2016.

TOBIAS, Camargo et al. Cultura de Segurança do paciente em instituições de saúde: um estudo biométrico. **Enfermería Global**, Espanha, n. 33, p.349-61, jan. 2014. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/pt_revisi1n1.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2016.

WEGNER, Wiliam; PEDRO, Eva Neri Rubim. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 427-34, jun. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em:10jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance For Patient Safety **Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. [Internet]. Genève:2009. Disponível em http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Acesso em: 13 nov. 2015

4.2 PRODUTO DESENVOLVIDO

GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E/OU EVENTOS ADVERSOS EM SAÚDE NA PEDIATRIA

INTRODUÇÃO

A atenção em saúde envolve inúmeras circunstâncias que podem comprometer a segurança do paciente pediátrico, entre elas, as ocorrências de incidentes e/ou eventos adversos em saúde. Estudo multicêntrico, realizado em quatro unidades hospitalares da região metropolitana de Paris, procurou determinar a taxa de mortes evitáveis em pacientes clínicos que foram a óbito no hospital até 72 horas após serem atendidos no pronto-socorro. Os autores examinaram o prontuário dos 555 pacientes selecionados e concluíram que, na amostra analisada, mais de 50% das mortes inesperadas estiveram relacionadas a erros na assistência de saúde e poderiam ter sido evitadas (GOULET, et al., 2015). A exemplo disso, no Brasil, dados do relatório de notificações de eventos adversos, intoxicações e queixas técnicas fornecido pelo Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária (NOTIVISA), mostra que no ano de 2013 houve 18.318 notificações de eventos adversos e no ano de 2014, este número subiu para 31.822 notificações (BRASIL, 2016). Há que se considerar que a legislação vigente acerca da obrigatoriedade da notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde pelos serviços de saúde, pode ter contribuído para esse quadro.

Mesmo com os esforços pelo cuidado seguro, essas ocorrências são uma realidade ainda presente em setores que prestam atendimento ao paciente, exigindo medidas no sentido de reduzir sua incidência e minimizar os danos e consequências indesejáveis (MOREIRA et al., 2015; WEGNER, PEDRO, 2012). Com base nessa premissa, o Ministério da Saúde, seguindo a linha de ações para um cuidado mais seguro, lança a Portaria nº 529/13, visando à prevenção e redução da incidência de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde (BRASIL, 2013^a). Complementando essa legislação, o órgão governamental promulga através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/13 a obrigatoriedade de Núcleos de Segurança do Paciente

em serviços de saúde e estabelece prazos para que passem a notificar seus incidentes e eventos adversos em saúde (BRASIL, 2013b).

Neste contexto, a notificação dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde é um instrumento de auxílio à gestão da assistência à saúde, sendo considerada como ação fundamental na identificação e investigação dos eventos, de modo que se torna imprescindível informar essas ocorrências (FASSINI; HAHN, 2012, BOHOMOL; TARTALI, 2013). Mas, em contra partida, a falta de conhecimento de alguns profissionais sobre a notificação e a pouca importância dispensada ao assunto, pode ocasionar subnotificação dentro das organizações de saúde (LEITÃO et al., 2013)

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado em um hospital da rede pública de Fortaleza, analisou o processo de comunicação de eventos adversos no contexto hospitalar e observou que, dentre as atitudes tomadas pelos enfermeiros diante da ocorrência de eventos adversos, destacava-se, o procedimento de registrar as ocorrências em impressos. Entretanto, constatou que os enfermeiros não foram unânimes na identificação dos impressos indicados para registro dos eventos, havendo subnotificação e análise inadequada dos casos. O estudo concluiu que é necessário incentivar a comunicação adequada de eventos adversos no serviço, considerando o registro como indispensável no processo de comunicação organizacional, pois é fonte de dados para análise da ocorrência de eventos adversos e garante segurança ao paciente (LEITÃO, et al., 2013). Dentro desta perspectiva, conhecer e saber notificar adequadamente incidentes e eventos adversos em saúde possibilita a identificação das falhas na assistência ao paciente, de modo que contribui para realização de estratégias que promovam um cuidado mais seguro ao paciente (MOREIRA, et al., 2015).

Assim, construir um guia de orientações sobre o processo de notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria busca contribuir como uma estratégia de intervenção para práticas assistenciais seguras e promover melhorias na gestão do risco hospitalar, na medida em que possa auxiliar os profissionais de enfermagem para esse processo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Emergência Interna e Unidade de Internação Clínica “D” de um hospital público pediátrico, situado na região Sul do Brasil, entre os meses de maio e junho de 2015. A seleção dos participantes do estudo foi intencional e a amostra foi constituída por 40 profissionais de enfermagem. O critério de inclusão utilizado foi atuar em uma das unidades no período de coleta de dados. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta dos dados foi realizada através da revisão narrativa da literatura e de entrevistas semiestruturadas individuais, gravadas e, posteriormente, transcritas. Seguiu-se um roteiro constando de duas partes: a primeira, da identificação dos participantes, com questões relacionadas à categoria profissional, ao sexo, à idade, ao tempo de atuação na profissão, na unidade atual e na instituição e à escolaridade. A segunda parte era composta por uma questão norteadora relativa às informações que devem conter em um guia de orientação sobre o processo de notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra após sua realização. Os dados foram analisados pela análise temática, operacionalizada a partir da pré-análise, na qual se realizou a leitura detalhada do material para o agrupamento das falas e a exploração do material para a elaboração das unidades de registros; a partir daí, os dados foram codificados e organizados em duas categorias onde foram selecionadas as falas mais significativas para ilustrar a análise e discussão dos resultados (MINAYO, 2014).

Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo os seres humanos, conforme a Resolução 466/12 (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da referida instituição e obteve parecer favorável, sob o CAEE 43582115.1.0000.5361. Para assegurar o sigilo e anonimato, os dados foram identificados letra E para as enfermeiras, letra T para os técnicos de enfermagem e letra A para os auxiliares de enfermagem, seguidas por um número ordinal respectivo à entrevista.

A revisão narrativa de literatura sintetiza e resume, em termos narrativos, um corpo de conhecimento científico sobre um determinado assunto. Estas revisões apresentam diversas finalidades, incluindo a

produção de novas pesquisas, a promoção de fundamentos para o desenvolvimento de inovações para a prática clínica, bem como desenvolvimento de pesquisas avançadas (POLIT & HUNGLER, 2004). Dessa forma, realiza-se o levantamento bibliográfico e, em seguida, a coleta de informações, dados, fatos e informações contidas na bibliografia selecionada.

Sendo assim, a busca transcorreu nas seguintes bases de dados no Portal de Periódicos da CAPES, com as respectivas estratégias: **LILACS e BDEFN** - (tw:(segurança OR safety OR seguridad)) AND (tw:(pediatric* OR criança* OR infantil OR child* OR adolescen*)) AND (tw:(hospital* OR internad* OR paciente* OR inpatient*)) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS" OR "BDEFN") AND year_cluster:("2011" OR "2012" OR "2010" OR "2009" OR "2013" OR "2014" OR "2015")) AND type ("article")). **PubMed/MEDLINE** – ("patient safety"[MeSH Terms] OR "patient safety"[All Fields] OR "patients safety"[All Fields]) AND ("child hospitalization"[All Fields] OR "child, hospitalized"[MeSH Terms] OR "hospitalized child"[All Fields] OR ("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "childhood"[All Fields] OR "adolescent"[MeSH Terms] OR "adolescent"[All Fields] OR "adolescents"[All Fields] OR "adolescence"[All Fields] OR "pediatric"[All Fields]) AND (hospitalized[All Fields] OR "hospitalisation"[All Fields] OR "hospitalization"[MeSH Terms] OR "hospitalization"[All Fields] OR "inpatients"[MeSH Terms] OR "inpatients"[All Fields] OR "inpatient"[All Fields])) AND ("2009/01/01"[PDAT]:"2015/12/31"[PDAT]). **SCOPUS** - TITLE-ABS-KEY(("patient safety" OR "patients safety") AND (child* OR adolescen* OR pediater*)) AND (hospitaliz* OR hospitalis* OR inpatient*)) AND DOCTYPE(ar OR re) AND PUBYEAR > 2008. **CINAHAL** - ("patient safety" OR "patients safety") AND (child* OR adolescen* OR pediater*) AND (hospitaliz* OR hospitalis* OR inpatient*). **SCIELO.ORG**- (segurança OR safety OR seguridad) AND (pediatria\$ OR criança\$ OR infantil OR child\$ OR adolescen\$ OR nino) AND (hospital\$ OR internad\$ OR paciente\$ OR inpatient\$).

Para a busca dos artigos originais, os seguintes critérios de inclusão foram utilizados para a seleção dos estudos para revisão: estudos originais, em formato de artigo científico; idioma de publicação:

inglês, espanhol e português; publicados entre o período de 2009 a 2014 e tema do estudo relacionado a segurança do paciente pediátrico.

Foram encontrados oito estudos que atendiam aos critérios de inclusão. Os estudos tratam da importância da notificação de eventos adversos em saúde e no ambiente hospitalar (LEITÃO et al., 2013, SOUZA, 2014, MOREIRA et al., 2015), também abordam sobre a caracterização dos principais eventos adversos notificáveis (BELELA et al., 2011; SILVA et al., 2014; DUARTE et al., 2015), assim como a análise de instrumentos de comunicação e identificação de ocorrências (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010, ANVISA, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram 40 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 14 enfermeiros, 24 técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem. Destes, 36 foram do sexo feminino, com idade entre 20 e 60 anos e quatro foram do sexo masculino, com idade entre 42 e 49 anos. O tempo de atuação na profissão variou de um a 35 anos, na atual unidade variou de 10 dias a 25 anos e na instituição variou de 15 dias a 35 anos. Quanto ao nível de escolaridade 14 profissionais possuíam nível superior, 11 profissionais possuíam curso de especialização, um profissional com mestrado em andamento, um profissional com mestrado e um profissional com doutorado.

A partir das entrevistas e análise dos dados emergiu a categoria: Guia de Orientações: subsídio para o processo de notificação.

Os profissionais de enfermagem, independente da categoria profissional, sugeriram algumas informações que consideram importantes para compor o guia de orientação. Também verbalizaram que é uma importante ferramenta para subsidiar o conhecimento, assim como, auxiliar na realização da notificação, servindo como princípio para segurança do paciente pediátrico. Vejamos os relatos abaixo:

“[...] o guia tem [...] importância de uma ferramenta de orientação para notificação [...]” (E03)

“[...] eu acho o guia importante pra aumentar o conhecimento e melhorar a segurança do paciente [...]”. (T20)

Neste sentido, destacaram que no guia deve conter informações sobre os conceitos de incidentes e/ou eventos adversos em saúde, buscando esclarecer a diferença entre eles, de forma que possam associar as ocorrências com a importância da notificação. Demonstraram compreensão da notificação como um meio de diminuir os erros provindos da assistência insegura, como ilustra os relatos abaixo:

“[...] Acho que o guia tem que dizer o que são realmente esses incidentes e eventos adversos, prá gente tá lembrando de que aquilo ali é uma notificação ou não [...]”. (T09)

“[...] acho que poderia conter itens [...] tipo [...] o que esclarecer o que é um incidente, o que é um evento adverso, o que é um dano. Ainda de que forma isso tá relacionado com a segurança do paciente, da importância de notificar [...] pra que diminua os erros e seja discutido com a equipe [...]” (E09)

Outra informação bastante sugerida pelos profissionais de enfermagem foi a respeito dos exemplos de incidentes e eventos adversos em saúde que acontecem. Revelaram considerar importante conhecer os tipos de ocorrências, que poderia facilitar sua identificação e, por conseguinte, notificá-las. Os relatos a seguir exprimem essa ideia:

“[...] acho que deve constar os tipos de eventos, prá gente saber notificar qual o tipo de evento adverso ou incidente que ocorreu [...]” (T12)

“[...] também os tipos de incidentes e eventos adversos tem que ter no guia [...]” (E10)

“[...] no guia tem que elencar o que mais acontece no hospital [...]” (A02)

Alguns profissionais de enfermagem sugerem que o guia seja organizado de forma clara, estabelecendo um fluxo para realização da notificação. Também relatam ser relevante constar informações de como agir diante de ocorrências de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria, como relatam abaixo:

“[...] dever ter um bom índice [...]” (T08)

“[...] assim, um guia dizendo bem a quem recorrer, porque aqui dentro a gente não consegue resolver tudo [...], aqui tem muita falta de informação, [...] era bom um fluxo, porque a gente não sabe como fazer, não sabe a quem procurar [...] e não chega essa informação prá nos”.(T15)

“[...] num guia de informações acho que poderia ter, tipo como seguir nessas horas [...], uma sequência do que fazer [...] tipo visualizar, para o problema, depois comunicar a chefia, posteriormente o médico, ter tipo um protocolo. Explicar o que tu vai fazer num momento desses [...] acho que a sequência seria mais ou menos essa [...]” (E13)

“[...] acho que no guia poderia ter a conduta que a gente deve tomar pra cada evento adverso. Pra cada tipo de reação uma conduta específica [...]”. (T20)

Os profissionais de enfermagem também ressaltaram em suas falas, a importância de identificar qual o tipo, como e porque aconteceu

o incidente e/ou evento adverso em saúde, além de fatores que podem ter influenciado a sua ocorrência. Sugerem uma contextualização do evento que será notificado, incluindo também detalhes como a data da ocorrência, o setor e o nome do paciente. Neste sentido, podemos perceber a importância de disponibilizar aos profissionais de enfermagem, uma ficha de notificação para que possam detalhar o que aconteceu:

“[...] no guia poderia constar a maneira que aconteceu e porque aconteceu [...]”. (T16)

“[...] no guia pode colocar sobre o que aconteceu, sobre fatores que levaram a acontecer, também sobre o contexto da situação, em que situação o profissional estava inserido no momento do acidente [...]”. (T04)

“[...] no guia pode constar a data da ocorrência, a descrição do tipo de incidente, deve se precaver de todas as informações, coletar informações tipo nome do paciente, local que neste momento que está vigente de uma falha [...] e destacar os dados importantes [...]”. (E07)

Por outro lado, alguns profissionais de enfermagem não manifestaram sugestões de informações que poderiam constar no Guia de Orientações. Outros sugeriram tópicos que não poderiam ser enquadrados na proposta, como ilustram os relatos abaixo:

“[...] pro teu guia, não sei, não tenho nenhuma ideia no momento [...]” (E04)

“[...] na verdade, nem faço ideia do que poderias colocar, me desculpa [...]” (A01)

“[...] no guia [...] tópicos de uma determinada situação [...] sei lá, eu não sei te dizer o que mais [...]” (T04)

Desta forma, o Guia de Orientações para Notificação de Incidentes e/ou Eventos Adversos em Saúde foi construído a partir das informações fornecidas pelos entrevistados de modo que foi especialmente idealizado para a equipe de enfermagem, mas também, poderá subsidiar outros membros da equipe multidisciplinar envolvidos no cuidado ao paciente pediátrico.

A relevância do Guia de Orientações para Notificação de Incidentes e/ou Eventos Adversos em Saúde está em fornecer informações de modo a subsidiar o processo de fatos inesperados e indesejados, favorecendo a exploração dessas situações, permitindo a construção de um banco de dados e possibilitando a execução de modificações oportunas e necessárias no processo de assistência ao paciente pediátrico. Contribui ainda para o planejamento de uma assistência mais segura, permitindo a prevenção de incidentes e/ou eventos adversos em saúde.

Assim, o Guia de Orientações tem o propósito de reforçar informações, de modo a fornecer subsídios aos profissionais de enfermagem no que se refere ao processo de notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde. A primeira parte deste documento contém informações úteis para a orientação dos profissionais enquanto a seguinte trata de temas específicos que compõem o fluxo de notificação.

Um sistema de informação é um sistema cujo elemento principal é a informação ou orientação, como o próprio nome já diz. Fundamentalmente é formado por dois tipos de subsistemas, o primeiro composto por pessoas, processos e informações e o segundo consiste nos meios utilizados para interligar os dois. Então pode ser informatizado ou não (BRASIL, 2016). Para interligar os profissionais de enfermagem ao meio de informação, ou seja, o registro e processamento de dados sugere-se adotar o Guia como estratégia para segurança do paciente pediátrico.

De uma maneira geral o guia foi estruturado a partir das contribuições dos profissionais de enfermagem que estão destacados no Quadro I, a seguir.

QUADRO I – Tópicos a serem contemplados no Guia, de acordo com as contribuições dos profissionais de enfermagem:

Tópicos	Item a ser contemplado
ORGANIZAÇÃO	Deve ter um índice bem bom
CONCEITOS	Esclarecer o que é um incidente e um dano Também os tipos de incidentes e EA Importância de notificar Tópicos comuns sobre uma determinada notificação ou situação
EXEMPLOS DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS	Elencar o que mais acontece no hospital Aquilo ali é uma notificação ou não Qual o tipo de evento adverso ou incidente
FICHA DA NOTIFICAÇÃO	Como fazer o relato do caso Destacar dados importantes do contexto Ferramenta de orientação para notificação Não seria interessante colocar o nome da pessoa Constar a data de ocorrência do fato, a descrição do tipo de incidente O contexto da situação, o que aconteceu, como aconteceu, o que foi feito pra reverter Fatores que levaram a acontecer
FLUXO DA NOTIFICAÇÃO	A sequência, como seguir nessas horas, dizendo bem a quem a recorrer Um fluxo, passo a passo, sequencia do que fazer um protocolo, um protocolo operacional padrão Alguma coisa do tipo, liga pra não sei quem, registra não sei onde, falar a mesma língua e seguir o que está ali Condutas a ser tomada, conduta que a gente deve tomar 'prá' cada evento adverso

Fonte: Arquivos da Pesquisadora.

A fim de contemplar os itens acima, o guia obedeceu à seguinte ordem: 1. Conceitos; 2. Importância da Notificação; 3. O que podemos notificar; 4. Quem notifica; 5. Formulários de Notificação; 6. Fluxo de notificação.

Neste sentido, no primeiro item foram contemplados os conceitos pertinentes ao tema, como segurança do paciente, incidentes e eventos adversos em saúde e danos. No segundo item há uma breve explanação sobre a importância da notificação. No terceiro item seguem exemplos de ocorrências passíveis de notificação. No item seguinte contém informações sobre quem pode realizar a notificação. No quinto item está contemplada a Ficha de Notificação, com orientações detalhadas sobre seu preenchimento. Ressalta-se que esta ficha foi estruturada pelo setor de Gerenciamento de Risco Hospitalar e pelo Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Infantil Joana de Gusmão, baseada no modelo preconizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. E, por último, consta do fluxo de notificação a ser seguido, de acordo com a instituição.

Nesta perspectiva, o Guia de Orientações elaborado como recurso para orientação dos profissionais de enfermagem para notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria e encontra-se disponível, na íntegra, a seguir.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 01/2015: Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionadas à assistência à saúde.** 2015. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/e62d9c0046e92471a19cb341cdd33a01/NOTA_TECNICA_01_2015_GVIMS_NOTIFICACAO_13_pdf_VERSAO_FINAL.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 25 mar. 2016.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de notificações de eventos adversos, intoxicações e queixas técnicas por tipo de notificação.** NOTIVISA, 2016. Disponível em:

<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/relatorios/index.htm>>.
Acesso em: 27 jan. 2016.

BELELA, Aline Santa Cruz; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; PETERLINI, Aria Angélica Sorgini. Erros de medicação em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p.563-64, jun. 2011. Bimestral. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2015.

BOHOMOL E, TARTALI JA. Eventos adversos em pacientes cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm** [Internet]. 2013. 26(4):376-81. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n4/en_v26n4a12.pdf. cesso em 25 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013a. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 20nov. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC n.36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013b. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 20 nov. 2015

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al . Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **RevistaBrasileiradeEnfermagem**. Brasília, v. 68, n. 1, p. 144-54, Feb. 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000100144&lng=en&nrm=iso>. Acessoem05 Dec. 2015

FASSINI, Patrícia; HAHN, Giselda Veronice. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, São Paulo, v. 2, n. 2,

p.290-299, jun. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4966/3753>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

GOULET, Hélène et al. Unexpected death within 72 hours of emergency department visit: were those deaths preventable? **Critical Care**, London, v. 19, n. 154, p.1-7, abr. 2015. Disponível em: <<http://www.ccforum.com/content/19/1/154>>. Acesso em: 27 jan. 2016.

LEITÃO, Ilse Maria Tigre de Arruda et al. Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p.1073-83, set. 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1193>>. Acesso em: 26 jan. 2016.

MOREIRA, Isadora Alves et al. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre eventos adversos em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 23, p.461-67, jul. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5158>>. Acesso em: 06 dez. 2015

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de; PAIVA, Sergio Alberto Rupp de; BERTI, Heloisa Wey. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p.287-94, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2015

SILVA, Luiz Almeida da et al. Notificação de eventos adversos: caracterização de eventos ocorridos em uma instituição hospitalar. **Revista de Enfermagem: UFPE online**, Recife, v. 8, n. 9, p.3015-23, set. 2014. DOI: 10.5205/reuol.5960-55386. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6341>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

SOUSA, Paulo et al. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient

safety. **Bmc Health Services Research**, Londres, v. 311, n. 14, p.1-6, 2014. Doi: 10,1186 / 1472-6963-14-311. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-14-311#page-1>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

WEGNER, Wiliam; PEDRO, Eva Neri Rubim. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 427-34, jun. 2012 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 jan. 2016.

Notificação de incidentes e/ou eventos adversos em pediatria:



Estratégia para segurança do paciente

Joseila Cristina Franzon

Jane Cristina Anders

2016

Autoras

Joseila Cristina Franzon – Enfermeira Especialista

Coordenadora do setor de Gerenciamento de Risco Hospitalar e do Núcleo de Segurança do Paciente no Hospital Infantil Joana de Gusmão; Especialista em Terapia Intensiva e Emergência; Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Membro do Grupo de Pesquisa Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA). Endereço: Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
E-mail: gerihjg711@gmail.com

Jane Cristina Anders - Doutora em Enfermagem

Enfermeira; Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Líder do Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão na Saúde da Criança e ao Adolescente (GEPESCA). Endereço: Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
Email: jane.anders@ufsc.br

Apresentação

Este Guia de Orientações é parte integrante da Dissertação de Mestrado intitulada: "**Notificação de incidentes e/ou eventos adversos em pediatria: estratégia para segurança do paciente**"¹ do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

Foi desenvolvido com objetivo de subsidiar profissionais de enfermagem na realização de notificações de incidentes e/ou eventos adversos em saúde.

1. FRANZON, Joseila Cristina. Notificação de incidentes e/ou eventos adversos em pediatria: estratégia para segurança do paciente. 2016. 146 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Sumário


1 CONCEITOS.....	06
1.1 Segurança do Paciente.....	06
1.2 Incidentes.....	06
1.3 Eventos Adversos.....	07
1.4 Notificação.....	07
1.5 Setor de Gerenciamento de Risco Hospitalar.....	07
1.6 Núcleo de Segurança do Paciente.....	08
2 IMPORTÂNCIA DE NOTIFICAR.....	10
3 O QUE PODEMOS NOTIFICAR?.....	11
Eventos Relacionados a Identificação do Paciente.....	11
Eventos Relacionados ao Uso de Medicamentos.....	11
Falhas de Prescrição.....	11
Falhas por Omissão.....	11
Falhas na Dose.....	12
Falha de Dispensação.....	12
Falhas no Horário.....	12
Falhas no Preparo.....	12
Falhas na Administração.....	13
Eventos relacionados a produtos médico-hospitalares.....	13
Exemplos de produtos médico-hospitalares que podem ser notificados.....	13
Eventos relacionados a cirurgias.....	14
Eventos relacionados a transfusões sanguíneas.....	14
Eventos relacionados a quedas do paciente.....	15
Eventos relacionados a lesões de pele.....	15
4 QUEM NOTIFICA.....	16
5 FORMULÁRIOS PARA NOTIFICAÇÃO.....	17
6 FLUXO DE NOTIFICAÇÃO.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

1 Conceitos

1.1 Segurança do Paciente

A segurança do paciente permeia cada vez mais os cuidados em saúde, assumindo especial importância no cenário atual. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) pode ser definida por iniciativas que visam à prevenção e a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados em saúde para um mínimo aceitável¹.

Trata-se de uma questão fundamental nas unidades de saúde prestadoras de serviços, visto que, por ser um tema relevante, acaba por sensibilizar profissionais de saúde, organizações e a própria população. Esta sensibilização, bem como, a melhoria da qualidade da assistência prestada, pode reduzir e/ou eliminar a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde que podem gerar graves consequências².



A cultura de segurança do paciente recomenda substituir a palavra “erros” por “falhas”, a fim de eliminar o cunho punitivo que as notificações possam carregar³.

1.2 Incidentes

São situações onde ocorrem erros ou falhas providas de atos intencionais ou não intencionais e podem ser divididos em quatro categorias¹:

- 1. Circunstância notificável:** o incidente não aconteceu, mas houve um evento com expressivo potencial para dano ao paciente, caso tivesse acontecido^{1,3};
- 2. Quase dano: ou “near miss”:** o incidente aconteceu, mas não atingiu o paciente^{1,3};
- 3. Incidente sem dano:** o incidente aconteceu e atingiu o paciente, mas não causou dano^{1,3};
- 4. Incidente com dano:** incidente aconteceu, atingiu o paciente e causou dano^{1,3}.

1.3 Eventos Adversos

São eventos definidos como complicações indesejadas decorrentes de cuidados prestados ao paciente e representam um prejuízo temporário, permanente ou mesmo a morte do paciente atingido¹.

Os eventos adversos são incidentes com danos!



Quanto à gravidade, podem ser:

- a) **Leves:** são eventos de curta duração e não afetam substancialmente a vida do paciente¹
- b) **Moderados:** quando provocam algum nível de incapacitação ao paciente, podendo aumentar seu tempo de hospitalização ou necessitar de atendimento de urgência, porém não resulta em sequelas permanentes¹
- c) **Graves:** quando resultam em sequelas permanentes ou óbito do paciente¹.

1.4 Notificação

A notificação visa documentar e ampliar a visibilidade dos incidentes e/ou eventos adversos que decorrem do cuidado em saúde⁴. Normalmente, as publicações sobre a avaliação de segurança, erros e danos estabelecem relação com os métodos utilizados para análise do acometimento de danos ao paciente, assim como para prevenção dos mesmos para o alcance do cuidado mais seguro^{4,5,6}.

Notificar não é apenas coletar dados, mas contribuir para monitorização e investigação de incidentes e/ou eventos adversos de modo a auxiliar, significativamente, para a segurança do paciente. Deve, ainda, facilitar a identificação de locais críticos para a ocorrência de eventos dentro das instituições de saúde e também promover o aprendizado⁵.

1.5 Setor de Gerenciamento de Risco Hospitalar - GERIH

Este setor foi criado no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) em 2008, quando a instituição aceitou o convite da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para aderir ao Projeto Hospitais Sentinela. Amparado pela RDC nº 51/2014⁷, iniciou suas atividades no mesmo ano trabalhando com o escopo proposto pelo projeto, ou seja, realizar a Vigilância Pós-Comercialização (VIGIPOS) de produtos sob regulação sanitária. Em 2014, quando eventos adversos relacionados aos processos assistenciais passaram a ser de notificação obrigatória, conforme legis-

lação vigente⁷ coordenou a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NUSEP HIJG) na instituição.

O setor de Gerenciamento de Risco Hospitalar é o principal responsável pelo monitoramento e investigação de notificações de queixas técnicas e eventos adversos na instituição⁷. Os eventos podem estar relacionados à Farmacovigilância (medicamentos), Hemovigilância (hemoderivados) e Tecnovigilância (artigos e equipamentos médico-hospitalares)⁷.

Atualmente o GERIH trabalha, sob a mesma coordenação, com o NUSEP HIJG, desenvolvendo uma política de gestão de risco hospitalar baseada no Plano de Segurança do Paciente.

1.6 Núcleo de Segurança do Paciente – NUSEP HIJG

O Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) possui um Núcleo de Segurança do Paciente, instituído em 2014 e amparado pela RDC 36/2013⁸ denominado NUSEP HIJG.



É constituído por membros ativos de diversos setores do hospital (assistenciais, técnicos e administrativos) e docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Quando necessário, o NUSEP HIJG pode contar com a assessoria de representantes consultivos, como o Corpo Clínico da instituição, setores como Farmácia, Unidades de Internação Clínica, Unidades de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico e outros.

O NUSEP HIJG tem como objetivo aprimorar o atendimento e as condições de trabalho, buscando incentivar a cultura de segurança na instituição. Sua finalidade é desenvolver ações baseadas no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁹ e assessorar o setor de Gerenciamento de Risco Hospitalar, na busca pela segurança do paciente pediátrico¹⁰.

São atribuições do NUSEP HIJG^{8, 9, 10}:

- ✓ Promover ações para a gestão de risco na instituição
- ✓ Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional na instituição

- ✓ Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- ✓ Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- ✓ Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- ✓ Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- ✓ Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- ✓ Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- ✓ Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- ✓ Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- ✓ Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- ✓ Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;
- ✓ Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

2 Importância de Notificar

Notificar é um ato de cidadania, de compromisso com os pacientes, com os profissionais de saúde, com a própria instituição de saúde e, mais que isso, é um compromisso com a segurança do paciente¹¹. Seguindo as definições estabelecidas na RDC 36/2013⁸, devem ser notificados todos os eventos adversos ocorridos em serviços de saúde.

Normalmente, profissionais de saúde da linha de frente, como os da equipe de enfermagem e da equipe médica teriam mais facilidade em identificar e notificar incidentes e/ou eventos adversos quando comparados a supervisores ou gestores de instituições de saúde. No entanto, a cultura punitiva, ainda vigente nas instituições de saúde, impede a realização de um maior número de registro:²⁵

O medo ou a culpa dos profissionais por ter cometido uma falha é um dos primeiros fatores que levam pessoas a não notificarem as ocorrências. A insegurança de sua notificação ser julgada como tola ou insignificante, é outro fator determinante para a recusa em notificar, o que não justifica, pois todas as informações são muito importantes^{5, 11}.

A notificação deve ser realizada sempre que for detectado um risco ou que ocorrer um evento adverso^{11, 13}. Com as notificações, todos nós somos beneficiados, pois estamos colaborando para a implantação da cultura de segurança e contribuindo para a minimização de incidentes e/ou eventos adversos na assistência ao paciente.

3 O Que Podemos Notificar

Podemos notificar eventos ocasionados por falhas na identificação do paciente, eventos relacionados ao uso de medicamentos, ao uso e à qualidade de equipamentos e artigos médico-hospitalares, eventos relacionados a cirurgias, a hemotransfusões, a quedas do paciente e a lesões de pele^{11,12,13}.

Importante ressaltar que neste Guia de Orientações foram abordados apenas os principais exemplos de incidentes e/ou eventos adversos em saúde que podem ocorrer.

No entanto, sempre que houver suspeita, **NOTIFIQUE!**

- **Eventos relacionados à identificação do paciente:** como troca de pacientes, falhas na identificação da pulseira¹¹.
- **Eventos relacionados ao uso de medicamentos.** Estes podem ser definidos como um evento evitável, ocorrido em qualquer fase da terapia medicamentosa, causando ou não danos ao paciente^{12,13}.
- São classificados dentro da área de Farmacovigilância e temos como exemplos^{12,13}:

Falhas De Prescrição^{11, 12, 13}:

- a) Escolha incorreta do medicamento (erro na indicação, contraindicação, alergias conhecidas, dentre outros);
- b) Prescrição incorreta da dose do medicamento; da via de administração do medicamento; da velocidade de infusão do medicamento; da forma de apresentação do medicamento¹¹.
- c) Prescrição ilegível e/ou incompleta.

Falhas por Omissão^{11, 12}:

- a) Não administração de um medicamento prescrito para o paciente);
- b) Ausência de registro da execução da medicação;
- c) Anotações inadequadas sobre medicamentos não administrados.

Falhas na Dose^{11, 12}:

- a) Medicamento administrado na quantidade errada ao paciente.
- b) Administração de uma dose inferior ou superior à prescrita;
- c) Administração de dose extra do medicamento;
- d) Administração de dose duplicada do medicamento.

Falha de Dispensação^{11, 12}:

Ampolas, embalagens semelhantes dispensadas erroneamente (ex.: dispensação de ampolas de efedrina no lugar de ampolas de epinefrina);

- a) Medicamentos fotossensíveis dispensados sem a embalagem para proteção de luminosidade;
- b) Medicamentos dispensados com concentrações ou apresentações diferentes das prescritas;
- c) Medicamentos dispensados com atraso;
- d) Medicamentos guardados em locais equivocados.

Falhas no Horário^{11, 12}:

- a) Medicamento administrado fora do intervalo de tempo estabelecido pela prescrição médica;
- b) Apazamento inadequado da prescrição (geralmente se considera hora certa se o atraso não ultrapassa meia hora, para mais ou para menos);
- c) O medicamento foi administrado com atraso devido falhas na dispensação;
- d) Paciente se encontrava fora do setor nos horários da administração e foi administrado com atraso ao retornar;
- e) Medicamento prescrito para ser administrado "agora" não foi comunicado à equipe de enfermagem.

Falhas no Preparo^{11, 12}:

- a) Reconstituição incorreta do medicamento;

- b) Associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis;
- c) Medicamentos armazenados ou manipulados incorretamente antes ou durante o preparo;
- d) Armazenamento inadequado do medicamento;
- e) Falha na técnica de assepsia;
- f) Identificação incorreta do medicamento;
- g) Escolha inapropriada dos acessórios para infusão;
- h) Utilização de medicamentos vencidos.

Falhas na Administração^{11, 12}:

- a) Administração de medicamento ao paciente errado (troca de paciente);
- b) Administração de medicamentos pela via errada;
- c) Administração de medicamento não autorizado ou não prescrito ao paciente;
- d) Administração de medicamento errado;
- e) Utilização de prescrição desatualizada.

• Eventos relacionados a produtos médico-hospitalares^{11, 13}:

- a) Falhas, mau funcionamento, má qualidade e/ou fragilidade do produto;
- b) Rotulagem, instruções de uso e embalagem imprópria ou inadequada;
- c) Defeitos de fabricação;
- d) Erro do usuário quando da utilização dos produtos para a saúde.

Exemplos de produtos médico-hospitalares que podem ser notificados¹⁴:

Insumos para terapia medicamentosa, insumos para curativos, insumos para oxigenioterapia, materiais e artigos implantáveis, equipamentos médico-hospitalares.

• Eventos relacionados a cirurgias^{11, 12}:

- a) Quebra da técnica asséptica;
- b) Falta de consentimento do paciente ou seu responsável;
- c) Contagem incompleta ou incorreta do material/compressas utilizados na cirurgia;
- d) Procedimento realizado sem prescrição médica;
- e) Corpo estranho deixado no paciente;
- f) Procedimento cancelado ou não realizado por problemas estruturais ou administrativos da instituição;
- g) Procedimento incompleto;
- h) Laceração/ perfuração não intencional;
- i) Procedimento errado; paciente errado;
- j) Identificação errada/ incorreta;
- k) Local ou lado errado (direito x esquerdo);
- l) Perda de material biológico não passível de nova coleta.

• Eventos relacionados a transfusões sanguíneas^{11, 12}:

Toda e qualquer intercorrência que ocorra como consequência da transfusão sanguínea, durante ou após a sua administração.

- a) Paciente incorreto;
- b) Cianose;
- c) Náuseas/vômitos;
- d) Tremores/calafrios;
- e) Taquicardia.
- f) Edema pulmonar não cardiogênico.
- g) Reação febril não hemolítica;
- h) Reação por contaminação bacteriana;

- i) Reação alérgica;
- j) Reação hipotensiva;
- k) Reação hemolítica aguda ou tardia;
- l) Reação anafilática;

• **Eventos relacionados a quedas do paciente^{11, 12}:**

Quando o paciente, não intencionalmente, vai ao chão ou a algum plano mais baixo em relação à sua posição atual. O registro deve ser feito imediatamente após a assistência ao paciente, seja qual for o local da ocorrência.

- a) Queda do leito;
- b) Da maca;
- c) Da cadeira;
- d) Mesmo nível.

• **Eventos relacionados a lesões de pele^{11, 12}:**

Aqui você notifica lesões do tipo:

- a) Úlceras por pressão;
- b) Lesão bolhosa;
- c) Assaduras
- d) Trauma/Escuriação;
- e) Queimaduras;
- f) Flebite;
- g) Lesão por extravasamento de medicamento.

Nós, profissionais de saúde, devemos estar atentos às situações do dia a dia e notificar incidentes e/ou eventos adversos que, por ventura, ocorram durante o atendimento ao paciente.

4 Quem Notifica

A notificação é uma medida preventiva no sentido de identificar e investigar as ocorrências para que as falhas não tornem a acontecer.

Assim, quem pode ou deve notificar o incidente e/ou evento adverso seria o profissional que se propõe a fazê-lo. Ou seja, o enfermeiro responsável pelo setor, ou o profissional que cometeu o incidente e/ou evento adverso ou alguém que identificou o ocorrido.

Torna-se importante a realização da notificação e o notificador não precisa necessariamente se identificar¹¹!

5 Formulários de Notificação

5.1 Formulário de Notificação de Incidentes e/ou Eventos Adversos em Saúde

Na primeira parte do formulário constam dados de identificação do paciente e um campo para informações adicionais que o notificar considerar pertinente.

Na segunda parte do formulário estão os dados do incidente e/ou eventos adversos em saúde que devem ser assinalados. Também há um campo para descrever ocorrência que por ventura, não esteja constando na ficha.

Na terceira parte o notificador descreve com detalhes a ocorrência, incluindo dados que julgar necessário no momento.

A seguir, o notificador pode incluir seu nome ou não, se assim desejar.





ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO)
NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - NUSEP

NOTIFICAÇÃO INCIDENTES E/OU EVENTOS ADVERSOS EM SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Prontuário: _____
Nome da mãe: _____ Data Nascimento: _____
Unidade: _____ Observações: _____

DADOS DO INCIDENTE OU EVENTO ADVERSO

Queda: () Do leito () Da maca () Da cadeira () Mesmo nível () Outros _____
() Sondas () Drenos () Cateteres () TOT: () Perda () Rompimento () Outros _____
Pele: () Úlcera por pressão () Lesão bolhosa () Assadura () Trauma/Escoiação () Queimadura () Flebite
() Lesão por extravasamento de medicamento Outros _____
Exames: () Paciente incorreto () Solicitação incorreta () Amostra incorreta () Resultado incorreto () Outros _____
Cirurgia/ Anestesia: () Paciente incorreto () Parte incorreta do corpo () Falha anestésica () Bronco aspiração
() Outros _____
Terapia Nutricional: () Paciente incorreto () Via incorreta () Identificação incorreta () Volume incorreto
() Outros _____
Hemovigilância: () Paciente incorreto () Cianose () Náuseas/vômitos () Tremores/calafrios () Taquicardia () Febre
() Outros _____ Tipo de Reação: _____ Tempo da reação após a transfusão: _____
Farmacovigilância: () Erro de medicação () Reação adversa () Falta/redução efeito terapêutico () Desvio de qualidade
() Outros _____ Nome do medicamento: _____

DESCRIÇÃO DO INCIDENTE OU EVENTO ADVERSO

Descrição _____

- Levou agravo a saúde do paciente? Sim Não
- Levou risco a saúde do profissional? Sim Não
- Causou transtornos técnicos com: Desperdício de Material Retrabalho Onerou custos?

Por que? _____

IDENTIFICAÇÃO DO NOTIFICADOR (OPCIONAL)

Nome: _____ Ramal: _____

5.2 Formulário de Notificação de Queixa Técnica de Produtos Para Saúde-Médico-Hospitalares

Na primeira parte do formulário constam dados de identificação do local de registro da queixa técnica, assim como identificação do produto em questão.

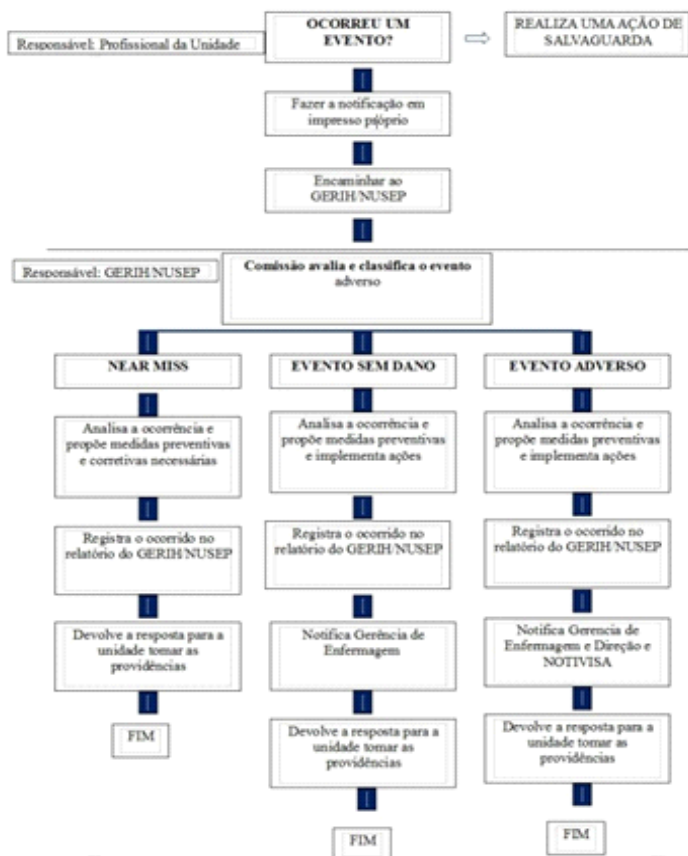
Na segunda parte do formulário há espaço para descrição detalhada da queixa técnica, com campo para incluir informações que o notificador julgar oportunas.

A seguir, o notificador pode incluir observações e seus dados.

	ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SUPERINTENDÊNCIA DE COMPRAS E LOGÍSTICA (SUC) DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DA DEMANDA DE BENS E SERVIÇOS (DPGD) GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO DA DEMANDA DE BENS E SERVIÇOS (GPLAD)	CADASTRO NO BANCO DE MARCAS -----				
	NOTIFICAÇÃO DE DEVIÓ DE QUALIDADE TÉCNICA E EVENTOS ADVERSOS DE MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES - (QUEIXA TÉCNICA)					
IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL						
Unidade: _____	Bairro: _____	Data de identificação/compra: ____/____/____				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Código CIBIC Produto</th> <th>Descrição do produto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Código CIBIC Produto	Descrição do produto				
Código CIBIC Produto	Descrição do produto					
Empresa (Fabricante): _____	Marca: _____					
Lote ou nº de Série: _____	Registro de Anvisa: _____					
CNPJ do Fabricante: _____						
Data de fabricação: ____/____/____	Data de validade: ____/____/____					
Data de esterilização: ____/____/____	Data de validade de esterilização: ____/____/____					
Produto reprocessado: () Sim () Não						
DESCRIÇÃO DETALHADA DA QUEIXA TÉCNICA						
* Descrição: _____ _____ _____						
* Levou prejuízo a saúde do paciente? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não _____						
* Levou risco a saúde do profissional? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não _____						
* Casou-se transtornos técnicos com: <input type="radio"/> Desperdício de Material <input type="radio"/> Retrabalho <input type="radio"/> Outros custos? _____						
Por que? _____ _____						
Houve notificação anterior? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Quantas vezes? _____						
DADOS DO(S) NOTIFICADOR(ES) - RESPONSÁVEL(S) PELA ANÁLISE						
OBSERVAÇÕES: _____ _____						
Responsável pelo parecer: _____						
Cargo: _____ Assinatura: _____ E-mail: _____						
Assinatura de mais dois profissionais que participaram da análise técnica: _____						
Data: ____/____/____ Cargo: _____ Assinatura: _____						
Data: ____/____/____ Cargo: _____ Assinatura: _____						
Encaminhar documento original, devidamente preenchido e assinado, juntamente com a notificação do NOTVISA, para: Gerência de Planejamento e Gestão da Demanda de Bens e Serviços (GPLAD) Rua Estrela Junken, 160 2º Andar - Centro - Florianópolis/SC - 88015-130 Tel.: +55 3664 8749 nome@saude.sc.gov.br						

6 Fluxo de Notificação

Este fluxo de notificação foi desenvolvido baseado no modelo atual utilizado pelo setor de Gerenciamento de Risco Hospitalar e do Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Infantil Joana de Gusmão.



Referências

- 1 World Health Organization (WHO). Global Priorities for patient safety research, 2009. [página na Internet]. [acessado 2015 out 20]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/research/priorities>
- 2 Lima SS. Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a melhoria da Segurança do Doente. Dissertação – Curso de Mestrado em Gestão de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2011. Disponível em: <<http://run.unl.pt/bitstream/10362/9417/3/RUN - Dissertação de Mestrado - Sara Lima.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2016.
- 3 Mendes W. Eventos adversos nos cuidados à saúde. São Paulo, 2010. 34 slides, color. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/eventos_adversos_walter_mendes.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- 4 Lage MJ. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. 2010; 10(1):11-6. Semestral. Volume Temático. Disponível em: <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/seguranca-do-doente-da-teoria-a-pratica-clinica-13189854>>. Acesso em: 21 fev. 2015.
- 5 Nascimento NB; Travassos CMR. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2010 Jan; 2(2): 625-51. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2611/1/O_erro_médico_2010.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2015.
- 6 Wachter RM. Compreendendo a Segurança do Paciente. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013: 478 p. Tradução de Caroline Buss, Camila Philibert Lajolo, André Anjos da Silva.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 51, de 29 de setembro de 2014. Dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef79e80045ace5c9a-25fafa9166895f7/RDC+51+e+52.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 16 abr. 2016.
- 8 _____. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 03 nov. 2013

9 _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 03 nov. 2013

10 SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (Org.). Hospital Infantil Joana de Gusmão. Núcleo de Segurança do Paciente-NUSEP HIJG. Regimento Interno Núcleo de Segurança do Paciente do Hospital Infantil Joana de Gusmão. 2015. Elaborado por membros ativos do NUSEP HIJG. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/>. Acesso em: 16 abr. 2016.

11 Capucho, HC; Branquinho, S; Reis, LV. Gerenciamento de Riscos e Segurança do Paciente. Ribeirão Preto: Anvisa, 2010. 45 p.

12 Giorgenon, AP et al. Guia para Notificação de Reações Adversas em Oncologia. 2. ed. São Paulo: Conectfarma Publicações Científicas, 2011. 40 p. Disponível em: <http://www.sobrafo.org.br/site/public/docs/ATT00373.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.

13. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 01/2015: Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília: ANVISA, 2015. 27 p.

14 AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Cartilha de Notificações em Tecnovigilância. Brasília: ANVISA, 2003. 29 p.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria relacionados ao cuidado inseguro podem ser detectados através das notificações dessas ocorrências, proporcionando oportunidades de monitoramento e prevenção de reincidências. As notificações, quando visam identificar essas ocorrências, também são importantes no sentido de promover uma política de melhoria contínua da assistência de enfermagem focada na prestação de cuidado seguro ao paciente. Assim, estratégias a serem adotadas devem ser levar em conta a promoção de uma assistência livre de riscos aliada à cultura de segurança do paciente na qual a existência do risco seja admitida e a prevenção do dano reconhecida como responsabilidade coletiva.

Dentro desta perspectiva, este estudo se propôs a descrever o conhecimento e a conduta da equipe de enfermagem diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos e construir um guia de orientações sobre o processo de notificação. Estes objetivos surgiram diante da percepção de certa fragilidade frente ao processo de notificação dessas ocorrências, o que poderia comprometer a segurança do paciente pediátrico na instituição.

Assim, em relação ao primeiro objetivo, os resultados revelaram que os profissionais de enfermagem possuem um conhecimento a respeito de incidentes e/ou eventos adversos em saúde, embora insipiente e baseado em sua prática diária. Também foi revelado que, na sua práxis diária, eles reconhecem a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde, os quais são notificáveis, mas apenas os relatam verbalmente a outro profissional da equipe multidisciplinar – no caso o enfermeiro ou o médico. Essa conduta evidencia que os profissionais buscam a resolução momentânea do ocorrido com o intuito de minimizar as consequências ao paciente pediátrico que vítima do evento, sugerindo uma preocupação “não intencional” com a segurança do paciente. O discurso dos entrevistados foi permeado pela percepção da importância da realização da notificação dos eventos e não apenas da comunicação, mas admitem que ela não ocorra. Isso pode ser refletido pela existência de lacunas entre o saber e o fazer da equipe de enfermagem, ou seja, os profissionais possuem algum conhecimento, reconhecem algumas ocorrências, sabem da importância da notificação mas não a realizam.

Isso pode ter como causa a atual cultura vigente na instituição, onde a nomeação, a vergonha, o medo, a culpa e a punição estão presentes. Entretanto, diante dos conceitos atuais para a segurança do paciente, esta cultura em nada tem contribuído para redução de incidentes e/ou eventos adversos em saúde. É desejável que seja adotada uma cultura com clima organizacional estimulando para que as ocorrências sejam notificadas e o processo de investigação seja instaurado, permitindo a análise de riscos, identificação da gravidade e culminando em medidas de prevenção e redução de ocorrências.

Um processo estrutural para notificação de incidentes e/ou eventos adversos também deve ser trabalhado junto aos profissionais de enfermagem. A estruturação de um fluxo definido e a criação de um formulário adequado e de fácil manuseio deve ser observado iniciando a implantação de uma cultura de segurança do paciente, sem culpabilização e com comunicação voluntária dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde na instituição. Importante ressaltar a importância do conhecimento aprofundado do tema e o entendimento dos conceitos que envolvem a segurança do paciente, assim como, sua aplicabilidade na assistência de enfermagem para que essa nova realidade seja alcançada. A mudança da cultura vigente possibilitará o abandono de práticas obsoletas e poderá servir de subsídio para mudança de conduta dos profissionais de enfermagem, contribuindo para que a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde seja minimizado, tornando mais segura a prática do cuidado ao paciente pediátrico. Esta mudança poderia ser alavancada pelo trabalho do Núcleo de Segurança do Paciente e pelo setor de Gerenciamento de Risco Hospitalar e pode ser promovido também através da educação continuada na instituição.

Com esta perspectiva o Guia de Orientações apresentar-se-á como recurso para orientação dos profissionais de enfermagem para notificação de incidentes e/ou eventos e servirá como fonte de pesquisa para dirimir dúvidas e facilitar o entendimento do fluxo da notificação. Os profissionais de enfermagem normalmente estão na linha de frente e precisam estar preparados diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos. Há um avanço na assistência ao paciente e também uma maior ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos na prestação desta assistência.

Diante do exposto, acredito que os resultados deste estudo possuam relevância para os profissionais de enfermagem, pois levaram à produção de conhecimento acerca de um tema ainda pouco discutido dentro da instituição: a notificação dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde na pediatria. Também acredito que possibilitará aos profissionais de enfermagem maior conhecimento e autonomia para notificar as ocorrências, adotando uma conduta que propicie a redução da incidência de eventos, visando o cuidado seguro ao paciente pediátrico.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMI OF PEDIATRICS. Principles of patient safety in pediatrics. **Pediatrics**, v. 107, n. 6, junho, 2001.

ARANAZ, Andrés Jesus et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 6, p.408-414, out. 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/6/408>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

BAYLEY KB, SAVITZ LA, RODRIGUEZ G. Barriers. Associated with medication information handoffs. In: **Advances in patient safety: from research to implementation. Agency for Healthcare Research and Quality**. Rockville. AHRQ Publication: 3(050021-3), 2009. Disponível em :< <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety/>>. Acesso em 13 fev. 2015.

BECCARIA, Lucia Marinilza et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Jose do Rio Preto, v. 21, n. 3, p.276-82, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015

BELELA, Aline Santa Cruz; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; PETERLINI, Aria Angélica Sorgini. Erros de medicação em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p.563-64, jun. 2011. Bimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2015.

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz et al. Eventos adversos em um hospital sentinela. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 17, p.467-472, out. 2009. Bimestral. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a02.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Boletim Informativo – Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**.v.1, n.1. Brasília: GGES/ANVISA, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 10 out. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em 04 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 03 nov. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC n.36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html> Acesso em: 03 nov. 2013

BRASIL. Anvisa. Gerencia Geral de Tecnologia Em serviços de Saúde. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática: Apresentação**. Brasília: ANVISA, 2013c. 168 p. (Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde).

BRASIL. Anvisa. Gerencia Geral de Tecnologia Em serviços de Saúde. **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Notificação de Incidentes/Eventos Adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: ANVISA, 2014 58 p. (Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde).

BUENO, A. A. B.; FASSARELLA, C. S. Segurança do paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v.6, n.1, 2012.

Disponível:<<http://publicações.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/1573/843>> Acesso em: 21 set 2013.

CARVALHO, S. H. D. B. C. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos Profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 728-35,2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/13.pdf>. Acesso em: 12 nov.2015.

DONALDSON, Liam. An international language for patient safety. **International Journal for Quality in Health Care, Oxford**, v. 21, n. 1, p.1-1, fev. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2638756/>>. Acesso em: 14 mar. 2015.

FRANÇOLIN, Lucilena et al. Patientsafety management fromthe perspective ofnurses. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 49, n. 2, p.0277-83, abr. 2015. Fap UNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103197/101604>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

GABATZ, Ruth IrmgardBärtschi; RITTER, Nair Regina. Crianças hospitalizadas com Fibrose Cística: percepções sobre as múltiplas hospitalizações. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 1, Feb. 2007 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em:11 mar. 2015

GAMA, Fabiana Oening; VIEIRA, IlseLisianeViertel; SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. **Segurança do Paciente no Hospital**. Palhoça: Unisul Virtual, 2012. 135 p.

GOMES, Aline Verônica de Oliveira et al. Efeitos adversos relacionados ao processo do cateterismo venoso central em unidade intensiva neonatal e pediátrica. **Revista Eletrônica de**

Enfermagem[internet], v. 4, n. 14, p.883-92, nov. 2012. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/6806>>. Acesso em: 19 mar. 2015.

GOODEN, Rachel et al. Incidência de delírio ao despertar e fatores de risco após o uso de sevoflurano em pacientes pediátricos para cirurgia ambulatorial, Kingston, Jamaica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 64, n. 6, dezembro 2014. Disponível a partir <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942014000600413&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 mar. 2015.

HESSION-LABAND, Eileen; MANTELL, Patricia. Lessons Learned: Use of Event Reporting by Nurses to Improve Patient Safety and Quality. **Journal Of Pediatric Nursing**, Boston, v. 6, n. 2, p.149-55, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com.ez46.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0882596310003738>>. Acesso em: 14 fev. 2015.

HIDECO, Terezinha et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p.196-200, 2013. Disponível em: <<http://www.scopus-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/record/display.url?eid=2-s2.084893166441&origin=inward&txGid=181437B9FDE314A7BFC5E0509429AA83.N5T5nM1aaTEF8rE6yKCR3A:1>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

JHA AK et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. **BMJ Quality & Safety**, [s.l.], v. 22, n. 10, p.809-15, 18 set. 2013. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/22/10/809.full.pdf+html>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

KHON, LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS. **To err is human: building a safer health care system**. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000. 312 p. Disponível em <<http://www.nap.edu/catalog/9728.html>> Acesso em 15 de agosto de 2014.

LAGE, Maria Joao. Segurança do doente: da teoria à prática clínica. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa, v. 10, p.11-16, 2010. Volume Temático. Disponível em: <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/seguranca-do-doente-da-teoria-a-pratica-clinica-13189854>>. Acesso em: 21 fev. 2015

LAMY FILHO, Fernando et al. Carga de trabalho de profissionais da saúde e eventos adversos durante ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva neonatal. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 87, n. 6, dezembro de 2011. Disponível a partir <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572011000600005>. Acesso em 20 mar 2015.

LEAPE, Lucian et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. **The New England Journal Of Medicine**, Massachusetts, v. 324, p.377-84, fev. 1991. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240605#t=abstract>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

_____, Lucian L. Scope of problem and history of patient safety. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, Boston, v. 35, p.1-10, 2008. Disponível em: <http://net.acpe.org/interact/quality/Revision20102011/WalkerReadings/History_of_Patient_Safety_Leape.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.

LIMA, Sara Silveira. **Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a melhoria da Segurança do Doente**. 2011. 100f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Gestão de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2011. Disponível em: <<http://run.unl.pt/bitstream/10362/9417/3/RUN - Dissertação de Mestrado - Sara Lima.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

MACHADO, Ariane Ferreira; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; CHAUD, Massae Noda. Adverse events related to the use of peripheral intravenous catheters in children according to dressing regimens. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n.

3, June 2008 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 mar. 2015.

MARÌN, Lilian Patrícia Alfonso et al. Incidência de eventos adversos associados a dispositivos médicos em uma instituição de saúde da Colômbia. **Revista Ingeriria Biomédica**, Medellín, v. 4, n. 8, p.71-84, dez. 2010. Disponível em:

<<http://repository.eia.edu.co/revistas/index.php/BME/article/view/116>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

MARQUES, Priscilla Mouta. Taxonomia - Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (ICPS). **Proqualis**. Disponível em:

<http://proqualis.net/aula/taxonomia.Classificaco-internacional-para-segurança-do-paciente-icps#.VQYK89LF_kU>. Acesso em: 15 mar. 2015.

MENDES Walter, Travassos C, Martins M, Noronha J. Revisão dos estudos de avaliao da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2005;8(4):393-406.

MENDES JUNIOR, Walter Vieira et al. Revisão dos estudos de avaliao da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p.393-406, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n4/06.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014.

MENDES, Walter et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p.279-84, jun. 2009. Disponível em:

<<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.long>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

MENDES, Walter. **Eventos adversos nos cuidados à saúde**. São Paulo, 2010. 34 slides, color. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/eventos_adversos_walter_mendes.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

MILLER, Marlene R et al. Policy Statement-Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. **Pediatrics**. Illinois, p. 1199-1210. 01 jun. 2011. Disponível em: <<http://www-scopus-om.ez46.periodicos.capes.gov.br/record/display.url?eid=2-s2.0-9957884325&origin=inward&txGid=B237267C53D37FAD69621F5CC1AB30F4.CnvicAmOODVwpVrjSeqQ:21>>. Acesso em: 14 fev. 2015

MILLS, Don Harper. Medical Insurance Feasibility Study: A Technical Summary. **West J Med.**, BethesdaMd, EUA, v. 128, n. 4, p.360-65, abr. 1978. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1238130/>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONTSERRAT-CAPELLA, D.; CHO, M.; LIMA, R. da S. A segurança do paciente e a qualidade em serviços de saúde no contexto da América Latina e Caribe. In: **Assistência Segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática**. 1. ed. Brasília: ANVISA, 2013. Cap. 1, p. 16-19. (Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde).

MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; MULLER, Ana Maria Magalhaes. Eventos Adversos relacionados à Assistência em Serviços de Saúde: principais tipos. In: **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Brasília: ANVISA, 2013. Cap. 6. p. 65-78.

MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira; MENDES, Walter. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 15, n. 3, p. 523-535, Sept. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Abr. 2016.

NASCIMENTO, Nadia Bomfim do; TRAVASSOS, Cláudia Maria de Rezende. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis: Revista**

de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.625-51, abr. 2010. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2611/1/O_erro_médico_2010.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2015.

NICOLETTI, Christiane. Gestão de Risco na área Médica. In: FELDMAN, Bauer Liliane. (org). **Gestão de Risco Hospitalar e Segurança do Paciente – Prevenção de danos ao Paciente, Notificação, Auditoria de Risco, Aplicabilidade de Ferramentas, Monitoramento**. 2. Ed. São Paulo, Martinari, 2009, Cap4, p. 87- 110.

PARANAGUA, ThatiannyTanferri de Brito et al.Prevalence of harm incidents and adverse events in a surgical clinic. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo , v. 26, n. 3, 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 15 mar. 2015. .

PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de; PAIVA, Miriam Cristina Marques da Silva de; BERTI, Heloisa Wey. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 44, p.287-94, 2010. Bimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2015.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral Da Saúde. (Org). **Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: Relatório Técnico Final**. Lisboa, 2011. 142 p.

PRONEP. **Metas Internacionais de Segurança do Paciente**. 2015. Disponível em: <<http://www.pronep.com.br/metasp.jsp>>. Acesso em: 14 mar. 2015

REBRAENSP, Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. **Estratégias para a segurança do paciente: manual para**

profissionais da saúde / Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

REIS, Gislene Aparecida Xavier dos et al. Análise das notificações de queixa técnica de material médico-hospitalar em um hospital sentinela. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p.52-57, fev. 2016. Disponível em: <<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/588/289>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

RIBEIRO, Elisa Antônia. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidências: olhares e pesquisa em saberes educacionais**, Araxá/MG, n.04, p. 129-148, 2008. Disponível em:<http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/tecnica_coleta_dados.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

SANTA CATARINA. Hospital Infantil Joana de Gusmão. Secretaria de Estado da Saúde. **A Instituição**. 2015. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/instituicao.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

SANTANA, Heiko; COSTA, Magda Machado de Miranda. GOMES, Suzie Marie. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletim Informativo Sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**, v.1, n. 1, jan-jul 2011. Brasília: GGTES/ANVISA, 2011. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>

SCHATKOSKI, Aline Modelski et al. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, junho de 2009. Disponível a partir <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 mar 2015.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo et al. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n.

19, p.378-86, abr. 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_21>. Acesso em: 13 mar. 2015.

SILVA, Thiago da; WEGNER, Wiliam; PEDRO, Eva. Neri Rubim. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. 2012 abr/jun;14(2):337-44. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.12977>> Acesso em 13 mar. 2015.

SILVA, L. D. Segurança do paciente no contexto da terapia intensiva. In: SANTOS, L. C. G.; DIAS, A. L. P. (coordenadoras). **Gerenciamento e sistematização do cuidado de enfermagem em terapia intensiva**. São Paulo: Phorte, 2013

SILVA, Renata da. **Incidentes e eventos adversos relacionados ao transporte intra-hospitalar de pacientes internados em Unidade De Terapia Intensiva**. 2013. 192 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SOUSA, Paulo et al. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. **Bmc Health Services Research**, Londres, v. 311, n. 14, p.1-6, 2014. Doi: 10,1186 / 1472-6963-14-311. Disponível em:
<<http://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-14-311#page-1>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

TOFFOLETTO, Maria Cecilia et al. Errores en lá preparaci3n y administraci3n de medicamentos: una revisi3n integradora de la Literatura Latinoamericana. **Enfermeria Global**, Murcia, v. 14, n. 1, p.350-60, jan. 2015. Disponível em:
<<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/185381>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

URBANETTO, Janete de Souza (Org.). Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente/Polo RS. **Estratégias para Segurança do**

Paciente: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. 132 p.

VRIES, e N de et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Quality and Safety In Health Care**, [s.l.], v. 17, n. 3, p.216-223, 1 jun. 2008. BMJ.
<http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>. Disponível em:
 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569153/>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

VINCENT, Charles. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos.** São Caetano do Sul: Yendis, 2009. 323 p. Tradução de Rogerio Luiz Rocha Videira..

ZAMBON, Lucas Santos. **Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS– Conceitos Fundamentais.** 2010. Disponível em:
 <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/2976/classificacao_internacional_para_a_seguranca_do_paciente_da_oms_-_conceitos_fundamentais.htm>. Acesso em: 15 mar. 2015.

WACHTER, Robert M. **Compreendendo a Segurança do Paciente.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.478 p. Tradução de Caroline Buss, Camila Philbert Lajolo, André Anjos da Silva.

WALTON, Merillyn; KERRIDGE, Ian. Do no harm: is it time to rethink the Hippocratic Oath? *Medical Education*, EUA, v. 48, n. 1, p.17-27, jan. 2014. Disponível em:
 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/medu.12275/epdf?r3_referrer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED>. Acesso em: 05 ago. 2014.

WEGNER, Wiliam; PEDRO, Wiliam. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, June 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Feb. 2015.

WILSON, Margaret E. et al. The Voices of Children: Stories About Hospitalization. **Journal Of Pediatric Health Care**, Nova Iorque, v. 24, n. 2, p.95-102, mar. 2010. DOI:. Disponível em: <[http://www.jpmedhc.org/article/S0891-5245\(09\)00051-0/abstract](http://www.jpmedhc.org/article/S0891-5245(09)00051-0/abstract)>. Acesso em: 11 mar. 2015.

WILSON, R. et al. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*, v. 344, 2012. ISSN 0959-8138. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e832>. Acesso em 26 mar 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Priorities for patient safety research**, 2009.[página Internet]. Disponível em:<http://www.who.int/patientsafety/research/priorities>. Acesso em 20out 2014.

YAMAMOTO, Michiko Suzuki; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini; BOHOMOL, Elena. Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. **Acta paul. enferm.** , São Paulo, v. 24, n. 6, 2011. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de fevereiro de 2015.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____,
residente à _____.

Abaixo assinada (o), fui informada (o) e convidada (o) a participar da pesquisa “Sistema informatizado de notificação de incidentes ou eventos adversos relacionados a medicamentos: uma base para segurança do paciente pediátrico”, que tem como **objetivo geral**: construir um guia de orientações sobre o processo de notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde e como **objetivos específicos**: descrever o conhecimento e a conduta da equipe de enfermagem diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde.

Declaro, na oportunidade, que a pesquisadora prestou as seguintes informações:

1. Minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário e sem ônus financeiros advindo da mesma.
2. Não há risco de natureza física decorrente da minha participação na pesquisa, exceto por um possível mal-estar psicológico relacionado à abordagem do tema durante a entrevista, contudo a pesquisadora me assegurara que serão respeitados esses momentos, dispondo-se a fazer

uma escuta atenta diante da minha indisposição e/ou desconforto, respeitando igualmente meu desejo em participar ou não deste estudo.

3. Em qualquer momento poderei desistir de participar da pesquisa sem que isso prejudique meu trabalho. Em caso de desistência, a pesquisadora compromete-se a destruir os dados referentes a minha participação.

4. Minha participação consistirá em participar da entrevista, previamente agendada. Estas serão gravadas em formato mp3 pela pesquisadora. Fui informada que meu nome será mantido em sigilo, que todas as informações que darei não serão associadas a minha pessoa.

5. Os benefícios deste estudo serão de contribuir para minimizar os riscos relacionados a incidentes e eventos adversos a medicamentos, visando maior segurança ao paciente pediátrico. Também será elaborado um sistema de notificação e um guia de orientações sobre o processo de notificação de um incidente ou evento adverso relacionado a medicamentos.

6. Os resultados da pesquisa serão divulgados em periódicos científicos, congressos e outras atividades de caráter acadêmico.

7. O Hospital Infantil Joana de Gusmão também está interessado no presente estudo e já deu a permissão por escrito para que esta pesquisa seja realizada.

8. Tenho ciência de que o TCLE será feito em duas vias e que, depois de assinadas, uma ficará comigo e a outra via ficará com a pesquisadora responsável.

9. Se eu tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa, eu posso entrar em contato com **Joseila Cristina Franzon** pelo telefone (48) 9164 3565 ou 48 3251 9093, ou pelo email joseila.franzon@gmail.com e/ou com **Jane Cristina Anders** pelo telefone (48) 3721 9480/ ramal 2764 ou (48) 3204 7274 e email: jane.anders@ufsc.br. Este projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Infantil Joana de Gusmão (CEP-HIJG), que garante que os participantes da pesquisa serão bem atendidos e protegidos de qualquer dano. **Em caso de dúvidas relacionadas aos procedimentos éticos da pesquisa e sobre o CEP-HIJG, favor entrar em contato com Dra. Jucélia Maria Guedert, no telefone (48) 3251 9092.**

Assinatura: _____

Pesquisador Responsável: Jane Cristina Anders

e-mail – jane.anders@ufsc.br

Fone: (48) 3721 9480 ramal 2764 ou (48) 3204 7274

Assinatura: _____

Pesquisador: Mda. Joseila Cristina Franzon

e-mail - joseila.franzon@gmail.com

Fone: 48 9164 3565 ou 48 3251 9118

Assinatura: _____

Assinatura do Participante:

Florianópolis,...../...../.....

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Idade: _____

Sexo: _____

Categoria profissional: _____

Tempo de atuação na profissão: _____

Tempo de trabalho na instituição: _____

Tempo de trabalho na unidade: _____

Horas de trabalho mensal: _____

Pós graduação/ Especialização (no caso do enfermeiro): _____

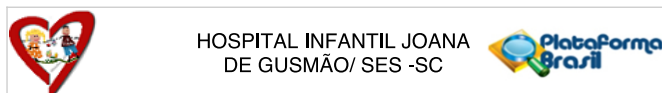
QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Fale-me sobre o que você entende por incidentes ou eventos adversos em saúde?
2. Fale-me sobre o que você sabe sobre o que pode ser notificado, quando e quem deve notificar os incidentes ou eventos adversos em saúde?
3. Conte-me sobre sua vivência em relação à ocorrência dos incidentes e/ou eventos adversos em saúde e à notificação deles.

4. Descreva-me a sua conduta diante da ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos em saúde.

5. Na sua percepção, quais as informações devem conter em um guia de orientação sobre o processo de notificação de incidentes e/ou eventos adversos em saúde.

ANEXO


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO

Pesquisador: JOSEILA CRISTINA FRANZON

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43582115.1.0000.5361

Instituição Proponente: Hospital Infantil Joana de Gusmão/ SES - SC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.027.687

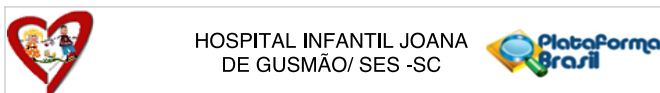
Data da Relatoria: 21/05/2015

Apresentação do Projeto:

Elaborado a partir do documento: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_491787.pdf

O tema segurança do paciente tem sido discutido em diversas esferas a nível mundial, com propósito de se prestar um cuidado mais seguro nas práticas de cuidados à saúde. Essas práticas podem envolver circunstâncias que acabam por predispor o paciente a riscos, culminando em danos e prejuízos, por vezes, irreversíveis. Assim atitudes que repensem os processos assistenciais com intuito de identificar as ocorrências de falhas antes que atinjam o paciente são importantes e necessárias dentro das instituições de saúde. Neste sentido é importante conhecer quais processos são mais desenvolvimento de ações eficazes para sua prevenção. Dentro críticos e tem maiores probabilidades de ocorrência de erros, tornando possível o deste contexto este estudo irá propor a construção de um guia de orientações sobre o processo de notificações de incidentes e eventos adversos, de modo que os profissionais passem a reconhecer e realizar notificações diante desse tipo de ocorrências. Isso possibilitará a adoção de estratégias de intervenção para promoção de práticas seguras, melhorando a segurança do paciente.

Endereço: Rui Barbosa, nº 152
Bairro: Agronômica **CEP:** 88.025-301
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3251-9092 **Fax:** (48)3251-9092 **E-mail:** cephijg@saude.sc.gov.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO

Pesquisador: JOSEILA CRISTINA FRANZON

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43582115.1.0000.5361

Instituição Proponente: Hospital Infantil Joana de Gusmão/ SES - SC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.027.687

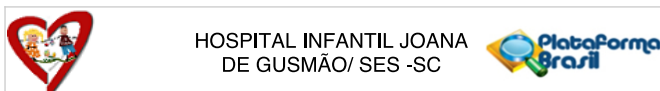
Data da Relatoria: 21/05/2015

Apresentação do Projeto:

Elaborado a partir do documento: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_491787.pdf

O tema segurança do paciente tem sido discutido em diversas esferas a nível mundial, com propósito de se prestar um cuidado mais seguro nas práticas de cuidados à saúde. Essas práticas podem envolver circunstâncias que acabam por predispor o paciente a riscos, culminando em danos e prejuízos, por vezes, irreversíveis. Assim atitudes que repensem os processos assistenciais com intuito de identificar as ocorrências de falhas antes que atinjam o paciente são importantes e necessárias dentro das instituições de saúde. Neste sentido é importante conhecer quais processos são mais desenvolvimento de ações eficazes para sua prevenção. Dentro críticos e tem maiores probabilidades de ocorrência de erros, tornando possível o deste contexto este estudo irá propor a construção de um guia de orientações sobre o processo de notificações de incidentes e eventos adversos, de modo que os profissionais passem a reconhecer e realizar notificações diante desse tipo de ocorrências. Isso possibilitará a adoção de estratégias de intervenção para promoção de práticas seguras, melhorando a segurança do paciente.

Endereço: Rui Barbosa, nº 152
Bairro: Agronômica **CEP:** 88.025-301
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3251-9092 **Fax:** (48)3251-9092 **E-mail:** cephig@saude.sc.gov.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO

Pesquisador: JOSEILA CRISTINA FRANZON

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43582115.1.0000.5361

Instituição Proponente: Hospital Infantil Joana de Gusmão/ SES - SC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.027.687

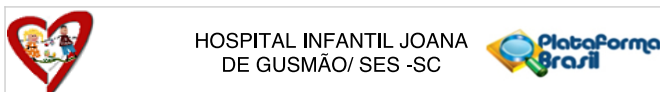
Data da Relatoria: 21/05/2015

Apresentação do Projeto:

Elaborado a partir do documento: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_491787.pdf

O tema segurança do paciente tem sido discutido em diversas esferas a nível mundial, com propósito de se prestar um cuidado mais seguro nas práticas de cuidados à saúde. Essas práticas podem envolver circunstâncias que acabam por predispor o paciente a riscos, culminando em danos e prejuízos, por vezes, irreversíveis. Assim atitudes que repensem os processos assistenciais com intuito de identificar as ocorrências de falhas antes que atinjam o paciente são importantes e necessárias dentro das instituições de saúde. Neste sentido é importante conhecer quais processos são mais desenvolvimento de ações eficazes para sua prevenção. Dentro críticos e tem maiores probabilidades de ocorrência de erros, tornando possível o deste contexto este estudo irá propor a construção de um guia de orientações sobre o processo de notificações de incidentes e eventos adversos, de modo que os profissionais passem a reconhecer e realizar notificações diante desse tipo de ocorrências. Isso possibilitará a adoção de estratégias de intervenção para promoção de práticas seguras, melhorando a segurança do paciente.

Endereço: Rui Barbosa, nº 152
Bairro: Agronômica **CEP:** 88.025-301
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3251-9092 **Fax:** (48)3251-9092 **E-mail:** cephig@saude.sc.gov.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO

Pesquisador: JOSEILA CRISTINA FRANZON

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43582115.1.0000.5361

Instituição Proponente: Hospital Infantil Joana de Gusmão/ SES - SC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.027.687

Data da Relatoria: 21/05/2015

Apresentação do Projeto:

Elaborado a partir do documento: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_491787.pdf

O tema segurança do paciente tem sido discutido em diversas esferas a nível mundial, com propósito de se prestar um cuidado mais seguro nas práticas de cuidados à saúde. Essas práticas podem envolver circunstâncias que acabam por predispor o paciente a riscos, culminando em danos e prejuízos, por vezes, irreversíveis. Assim atitudes que repensem os processos assistenciais com intuito de identificar as ocorrências de falhas antes que atinjam o paciente são importantes e necessárias dentro das instituições de saúde. Neste sentido é importante conhecer quais processos são mais desenvolvimento de ações eficazes para sua prevenção. Dentro críticos e tem maiores probabilidades de ocorrência de erros, tornando possível o deste contexto este estudo irá propor a construção de um guia de orientações sobre o processo de notificações de incidentes e eventos adversos, de modo que os profissionais passem a reconhecer e realizar notificações diante desse tipo de ocorrências. Isso possibilitará a adoção de estratégias de intervenção para promoção de práticas seguras, melhorando a segurança do paciente.

Endereço: Rui Barbosa, nº 152
Bairro: Agronômica **CEP:** 88.025-301
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3251-9092 **Fax:** (48)3251-9092 **E-mail:** cephijg@saude.sc.gov.br