



ARTIGO

CARACTERÍSTICAS DOS INCIDENTES DE SEGURANÇA DO PACIENTE NOTIFICADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA
CHARACTERISTICS OF PATIENT SAFETY INCIDENTS NOTIFIED IN A PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

CARACTERÍSTICAS DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

Tainá Fabiola dos Santos Bica¹, Wiliam Wegner², Luiza Maria Gerhardt³, Caroline Maier Predebon⁴, Eva Neri Rubim Pedro⁵, Marcia Koja Breigeiron⁶

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil dos incidentes de segurança do paciente notificados em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). **Método:** estudo quantitativo, transversal, com dados secundários, do ano de 2014, fornecidos pela Gerência de Risco de um hospital público universitário do Sul do Brasil. Os dados foram classificados conforme o Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária e analisados por estatística descritiva. **Resultados:** houve 115 notificações, com incidência de 0,72 por paciente internado. A maioria dos incidentes notificados está relacionada a falhas durante a assistência à saúde (87%). Fatores contribuintes de ordem profissional (83,5%) foram os principais encontrados. Os incidentes notificados ocorreram pela manhã (49,5%) e apresentaram dano ao paciente (40,8%). **Conclusão:** fatores de risco, a que pacientes internados em uma UTIP são expostos diariamente, podem levar à ocorrência de incidentes de segurança do paciente, com ou sem a presença de eventos adversos. **Descritores:** Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Criança; Gestão de Riscos.

ABSTRACT

Objective: to describe the profile of patient safety incidents reported in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU). **Method:** a cross-sectional quantitative study with secondary data, from the year 2014, provided by the Risk Management of a university public hospital in Southern Brazil. The data were classified according to the System of Notifications in Sanitary Surveillance and analyzed by descriptive statistics. **Results:** there were 115 reports, with an incidence of 0.72 per hospitalized patient. Most reported incidents are related to failures during health care (87%). Professional contributing factors (83.5%) were the main factors. The reported incidents occurred in the morning (49.5%) and presented damage to the patient (40.8%). **Conclusion:** risk factors, to which patients admitted to a PICU are exposed on a daily basis, can lead to the occurrence of patient safety incidents, with or without the presence of adverse events. **Descriptors:** Patient Safety; Pediatric Intensive Care Units; Child; Risk Management.

RESUMEN

Objetivo: trazar el perfil de los incidentes de seguridad del paciente notificados en Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). **Método:** estudio cuantitativo, transversal, con datos secundarios del año 2014, proporcionados por la Gerencia de Riesgo de un hospital público universitario del sur de Brasil. Los datos fueron clasificados conforme al Sistema de Notificaciones en Vigilancia Sanitaria y analizados por estadística descriptiva. **Resultados:** hubo 115 notificaciones, con incidencia de 0,72 por paciente internado. La mayoría de los incidentes notificados están relacionados con fallas durante la asistencia a la salud (87%). Los factores contribuyentes de orden profesional (83,5%) fueron los principales encontrados. Los incidentes notificados ocurrieron por la mañana (49,5%) y presentaron daño al paciente (40,8%). **Conclusión:** factores de riesgo a que los pacientes internados en una UTIP son expuestos diariamente pueden llevar a la ocurrencia de incidentes de seguridad del paciente con o sin la presencia de eventos adversos. **Descriptor:** Seguridad del Paciente; Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico; Niño; Gestión de Riesgos.

¹Enfermeira (egressa), Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: tainadsbica@outlook.com; ²Enfermeiro, Professor Doutor em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: wiliam.wegner@ufrgs.br; ³Enfermeira, Professora Doutora em Educação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: luizamaria@cpovo.net; ⁴Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: carolmprede@gmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Educação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: evapedro@enf.ufrgs.br; ⁶Enfermeira, Professora Doutora em Fisiologia, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: mbreigeiron@gmail.com

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é uma problemática que vem sendo abordada de forma crescente nos últimos anos. Trabalhar esta temática representa compreender o ser humano, no caso, o profissional da saúde, como passível de erro, podendo este ocorrer em qualquer meio ou circunstância de cuidado à saúde.

Entende-se por Segurança do Paciente a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.¹ Denomina-se incidente, ou incidente de segurança do paciente, o evento ou circunstância que possa ter resultado ou resultou em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes que causam dano ao paciente são chamados eventos adversos, ou seja, o dano é causado pelo cuidado à saúde, que não foi provocado pela doença de base, que pode prolongar o tempo de permanência do paciente ou resultar em uma incapacidade presente no momento da alta hospitalar.¹⁻² Fator contribuinte é outro termo importante, quando se reporta à segurança do paciente, podendo ser um precursor necessário a um incidente e pode ou não ser suficiente para provocar dano. Este pode estar relacionado a fatores profissionais (cognitivos, de desempenho, comportamentais e de comunicação), do trabalho (ambiente) e organizacionais (da instituição).¹ O termo cultura de segurança é aquele em que todos os funcionários, colaboradores, pacientes, familiares e visitantes priorizam a segurança nos processos de cuidado, que incentiva a comunicação de eventos adversos, como forma de aprendizagem organizacional, para evitar sua repetição e que promove um ambiente sem culpa para essas comunicações.¹

Com o intuito de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013. Dentre os seus objetivos, estão: promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente por meio dos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde; envolver os pacientes e os familiares nas ações de promoção da segurança; ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente; produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, de

graduação e na pós-graduação na área da Saúde.²

A segurança do paciente voltada à criança hospitalizada implica a responsabilidade de um cuidado prestado a seres em constante crescimento e desenvolvimento, o que traz maiores riscos e especificidades do processo de cuidado devido às particularidades deste momento de vida.³ O reconhecimento da criança como ser vulnerável, pela equipe multiprofissional, torna-se de extrema importância, pois possibilita um acompanhamento mais criterioso dos casos e a realização de assistência à saúde de forma integral³, na qual aspectos relacionados à segurança do paciente devem ser vislumbrados. Nesse contexto, unidades hospitalares destinadas à internação pediátrica expõem a criança a diversas situações que podem gerar riscos adicionais à sua segurança, principalmente, àquelas destinadas a cuidados intensivos.

Na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, riscos à segurança são explicados pela probabilidade de ocorrência de incidentes estar relacionada à severidade da doença e à intensidade e complexidade do cuidado. Dentro da complexidade do cuidado, erros relacionados à medicação apontam para a falta de políticas de saúde e da indústria farmacêutica voltadas ao atendimento das especificidades da população pediátrica.⁴ Além disso, a alta instabilidade dos pacientes em terapia intensiva predispõe a mudanças constantes na realização dos cuidados durante o tratamento. Esta particularidade, somada ao grande número de alarmes disparados e dispositivos de monitorização, destinados a proteger os pacientes, têm conduzido ao aumento do ruído na unidade, à fadiga de alarmes, a distrações e interrupções no fluxo de trabalho e à falsa sensação de segurança do paciente⁵, podendo contribuir para a ocorrência de eventos adversos nestas unidades.

O propósito de um sistema de notificações de incidentes de segurança do paciente baseia-se na construção de uma cultura em que, após a ocorrência do incidente, o profissional possa compreender os fatores de risco envolvidos, bem como elaborar estratégias para evitar a repetição do mesmo. O hospital em que este estudo foi realizado utiliza um sistema de notificações de incidentes de segurança baseado no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA).⁶ Este sistema tem por objetivo o registro e o processamento de dados sobre eventos adversos e queixas técnicas em todo o

território brasileiro, fornecendo informações para a identificação, a avaliação, a análise, entre outros, contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões em níveis municipal, estadual, distrital e federal.⁶

O reconhecimento da ocorrência de incidentes de segurança do paciente, como uma realidade na atenção à saúde, decorre da consideração da multiplicidade de fatores humanos e fragilidades existentes nos processos assistenciais que predispõem ao erro. Nesse sentido, é imprescindível a análise dos fatores causais dos incidentes, de modo que possam ser identificadas medidas para a prevenção de danos ao paciente.

Partindo deste pressuposto, este estudo teve a seguinte questão de pesquisa: quais são os incidentes de segurança do paciente que ocorrem em unidades que prestam cuidados intensivos pediátricos?

OBJETIVO

- Traçar o perfil dos incidentes de segurança do paciente notificados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

MÉTODO

Estudo quantitativo, transversal, descritivo. Os dados foram extraídos do sistema de notificações e documentação de incidentes de segurança do paciente disponibilizados pela Gerência de Risco de um hospital público universitário de grande porte do Sul do Brasil. Foram analisadas as 115 notificações de incidentes de segurança, provenientes da UTIP, durante o ano de 2014, considerando um total de 159 internações ocorridas neste período. A escolha deste ano ocorreu em decorrência de ser o primeiro ano após a orientação do PNSP, que instituiu a notificação e o acompanhamento dos incidentes em serviços de saúde.

A Gerência de Risco da instituição pesquisada atua no gerenciamento dos incidentes de segurança do paciente. Esta é composta por uma Comissão Executiva multiprofissional, que analisa os eventos graves e sentinelas; 14 sub-Comissões de Segurança e Qualidade (s-comseq), que atuam em plano operacional nas áreas envolvidas, e três Comissões permanentes, que analisam as quedas, a prevenção de lesões de pele e o uso seguro de medicamentos. A comissão para o uso seguro de medicamentos avalia, separadamente, os incidentes de segurança e abrange todo o processo de uso de medicamentos na instituição. A s-Comseq UTIP

analisa os eventos moderados e leves desta unidade.

As notificações de incidentes de segurança podem ser feitas manualmente por ficha própria, depositada em urnas nas áreas assistenciais, ou por meio de sistema eletrônico, disponível na intranet do hospital, onde todos os funcionários possuem acesso. A notificação pode ser anônima, caso o notificante deseje ou, ainda, o mesmo pode se identificar e receber *feedback* dos encaminhamentos referentes ao fato ocorrido. A privacidade na análise dos incidentes é premissa do trabalho da Gerência de Risco e das demais comissões, e os dados das notificações são utilizados para posterior análise e planejamento de melhorias da segurança das áreas pertinentes.

A UTIP, foco deste estudo, atende pacientes na faixa etária entre 28 dias a 12 anos de vida, estendendo-se o atendimento aos adolescentes até 18 anos em algumas especialidades clínicas. Atualmente, a UTIP dispõe de 13 leitos e conta com o apoio assistencial de uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, técnico de Enfermagem, médico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico e educador físico.

Os dados das notificações foram organizados em planilha de Excel em um banco de dados institucional e classificados com base no tipo de incidente, grau do dano ocasionado, fatores contribuintes e turno de ocorrência, de acordo com as variáveis do NOTIVISA.⁶

Conforme a Gerência de Risco da instituição pesquisada, foram disponibilizados dados referentes à identificação do notificador, identificação do paciente e sugestão de estratégias apresentadas pelos notificadores para a prevenção de recorrência do incidente. Os incidentes envolvendo medicação foram analisados separadamente pelo fato de haver uma comissão destinada a analisar os incidentes do hospital referentes a medicamentos, como já mencionado.

Os dados das notificações foram acessados e utilizados mediante o Termo de Compromisso para Utilização de Dados institucionais, com o objetivo de garantir o compromisso dos pesquisadores em preservar a identificação dos profissionais mencionados neste banco de dados, acessado durante a coleta de informações para o estudo.

A análise de dados ocorreu mediante estatística descritiva e os resultados foram expressos em frequências relativa e absoluta.

O estudo faz parte do projeto de pesquisa matriz, "Segurança do Paciente nos Serviços de Atenção Hospitalar à Criança na Cidade de Porto Alegre/RS", desenvolvido pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem, Educação e Tecnologias (GEPEETec), pertencente à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Os aspectos éticos foram respeitados conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.⁷ O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição pesquisada, sob CAAE N° 45330815.7.0000.5327, em agosto de 2015.

RESULTADOS

No ano de 2014, a UTIP contabilizou 159 internações, com 115 notificações de incidentes de segurança do paciente, o que

indica uma taxa de incidência de 0,72 incidente de segurança por paciente internado. Todos os incidentes notificados ocorreram em pacientes diferentes.

No que diz respeito ao tipo de incidente e suas subclassificações (Tabela 1), 87% das notificações relacionaram-se à falha durante a assistência à saúde; 5,2% decorreram de falha no sistema de documentação; 4,3%, de falha nas atividades administrativas; 2,6%, de falha na administração de dietas e 0,9% foram relacionados a queimaduras. Foram classificadas como Incidentes de Assistência Geral, pertencentes ao item "Falha Durante a Assistência à Saúde", todas as notificações relacionadas à falha na gestão de pessoal, sobrecarga de trabalho da equipe, erros de medicação, dentre outras, totalizando 50 das 57 notificações classificadas neste item. Não houve notificação referente a quedas e/ou úlceras por pressão.

Tabela 1. Tipos e número de incidentes de segurança notificados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no ano de 2014. Porto Alegre (RS), Brasil, 2017.

Tipo de incidente	N° de eventos	%
Falha nas atividades administrativas	5	4,3
Transferência de paciente	5	4,3
Falha durante a assistência à saúde	100	87,0
Diagnóstico/meios complementares (exames)	7	6,1
Procedimento/tratamento/intervenção	35	30,4
Assistência geral	57	49,6
Contenção Física	1	0,9
Falha na administração de dietas	3	2,6
Fornecimento	2	1,7
Administração	1	0,9
Falha na documentação	6	5,2
Instruções/informações	3	2,6
Rótulos/etiquetas	3	2,6
Queimaduras	1	0,9
Queimadura	1	0,9
Total	115	100

Os incidentes referentes ao processo medicamentoso, que totalizaram 23 das 115 notificações, foram classificados nas subcategorias

"procedimento/tratamento/intervenção",

"assistência geral" e "rótulos/etiquetas", conforme descrito na Tabela 1 e estratificado na tabela 2, conforme a etapa e/ou causa de sua ocorrência.

Tabela 2. Classificação dos incidentes relacionados à medicação notificados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no ano de 2014. Porto Alegre (RS), Brasil, 2017.

Etapa e/ou causa de sua ocorrência	N° de eventos	%
Prescrição	11	47,8
Preparo/dispensação	2	8,7
Apresentação/embalagem	2	8,7
Paciente errado	2	8,7
Dose/frequência errada	2	8,7
Quantidade errada	3	13,0
Rótulo/instrução de administração incorreta	1	4,4
Total	23	100

Quanto aos fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes, estes foram classificados como: profissionais, cognitivos, de desempenho, de comportamento, de comunicação, do trabalho/ambiente e

organizacionais, conforme recomendado pelo NOTIVISA.⁶ (Tabela 3)

Entre os fatores contribuintes selecionados, destaca-se o maior número de notificações para os fatores profissionais. Nesta categoria,

foram incluídas as notificações relacionadas a descuido, descumprimento de normas, violação das rotinas, comportamento imprudente, má adesão à prática de higiene das mãos, as falhas relacionadas à comunicação de alteração de dieta, mudança

de leito, cuidados pré-procedimentos e exames, bem como conversas em momentos não apropriados como, por exemplo, durante o preparo de medicamentos entre profissionais no ambiente de trabalho.

Tabela 3. Fatores contribuintes relacionados a incidentes de segurança notificados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no ano de 2014. Porto Alegre (RS), Brasil, 2017.

Fatores contribuintes	N° de eventos	%
Fatores profissionais	96	83,5
Fatores do trabalho/ambiente	7	6,1
Fatores organizacionais	12	10,4
Total	115	100

Referente à taxa geral de adesão à higienização das mãos dos profissionais da UTIP, foi identificada uma média anual de 66% de adesão a esta prática, sendo que a meta institucional estabelecida foi de 75% para o ano de 2014. Dados categorizados indicam, como média anual no ano de 2014, que 95% dos profissionais fisioterapeutas, 73% dos enfermeiros, 67% dos técnicos de Enfermagem, 59% dos coletadores do laboratório e 56% da equipe médica aderiram à prática de higienização das mãos.

Além da taxa geral de adesão à higienização das mãos, as infecções hospitalares em UTIP também estão associadas ao grande número de procedimentos invasivos aos quais as crianças, em cuidados intensivos, são submetidas.

Quanto aos dados referentes à taxa de infecção resultante de procedimentos invasivos urinários, para o ano de 2014, foram realizados, na UTIP, 1.561 procedimentos deste tipo, sendo que, destes, 13,2% geraram infecção hospitalar. Neste mesmo ano, na UTIP, as infecções relacionadas à instalação, ao uso e à manutenção de cateter venoso central ocorreram em 13,3%, de um total de 3.006 procedimentos envolvendo este dispositivo.

Em relação ao turno em que o incidente aconteceu, este foi analisado com base no preenchimento da notificação. Os dados estão descritos na tabela 4.

Tabela 4. Turno de ocorrência dos incidentes de segurança notificados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no ano de 2014. Porto Alegre (RS), Brasil, 2017.

Turno	N° de eventos	%
Manhã	57	49,6
Tarde	28	24,3
Noite	24	20,9
Dados incompletos	5	4,3
Ausência de dados	1	0,9
Total	115	100

Quanto à presença/ausência e ao grau de dano evitável (Tabela 5), os incidentes foram classificados em leves, moderados e graves. Foram classificados, como incidentes leves, aqueles em que a criança apresentou sintomas leves, danos mínimos ou intermediários de curta duração, sem intervenção mínima (pequeno tratamento ou observação). Foram classificados como incidentes moderados aqueles em que a criança necessitou de intervenção (procedimento suplementar ou terapêutica adicional), prolongamento da

internação, perda de função, danos permanentes ou em longo prazo. Como incidentes graves, foram classificados os que necessitaram de intervenção médico/cirúrgica para salvar a vida ou causaram grandes danos permanentes ou em longo prazo.⁶ Ainda, identificaram-se 47 incidentes classificados como eventos adversos, por terem causado algum grau de dano ao paciente, o que representa, aproximadamente, 40,8% do total de incidentes reportados.

Tabela 5. Grau do dano de incidentes notificados em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica no ano de 2014. Porto Alegre (RS), Brasil, 2017.

Grau do dano	N° de eventos	%
Nenhum	41	35,6
Leve	26	22,6
Moderado	15	13,0
Grave	5	4,3
Óbito	1	0,9
Ausência de Dados	27	23,5
Total	115	100

Outros dados também foram avaliados, de acordo com a presença ou a ausência de resposta para as informações solicitadas na ficha pelo sistema de notificação, tais como: identificação do notificador, identificação do paciente (nome) e sugestão de estratégias para melhoria. Tais informações não são obrigatórias em termos de preenchimento, mas, quando disponibilizadas na ficha de notificação, são de extrema importância visando à implementação da cultura de segurança no contexto pediátrico. Os itens “identificação do paciente” e “sugestão de estratégias”, em sua maioria, foram preenchidos adequadamente, estando presentes em 58 (50,4%) e 69 (60%) das notificações, respectivamente. Em um total de 115 notificações, em 27 (23,4%) havia a identificação do notificador, totalizando 88 (76,5%) notificações preenchidas de forma anônima.

Dentre as sugestões de estratégias apresentadas pelos notificadores para a prevenção de recorrência de incidente, destacam-se: diferenciar adequadamente rótulos de medicações; atentar para a comunicação referente à transferência de leito ou de unidade; seguir os protocolos institucionais; aprimorar a orientação de cuidados ao familiar; orientar profissionais a respeito da Norma Regulamentadora 32 (NR32) da ANVISA; realizar dupla checagem da prescrição médica antes da execução; aumentar o quadro de funcionários e adequada cobertura de férias.

DISCUSSÃO

No ano de 2014, 72% dos pacientes internados na UTIP estiveram envolvidos em algum tipo de incidente decorrente do cuidado em saúde. Do total dos incidentes contabilizados, 40,8% foram classificados como eventos adversos por terem causado algum grau de dano ao paciente. Este valor supera o apresentado em outro estudo, que avaliou a incidência de eventos adversos em hospitais brasileiros, onde a ocorrência de eventos foi de 7,6%, com uma proporção global de 66,7% de eventos adversos evitáveis, como erros de execução ou de planejamento.⁸

Estes resultados⁸ foram obtidos de pacientes adultos, internados ou atendidos em vários setores hospitalares, além de unidade de cuidados intensivos, o que pode justificar o expressivo contraste com os resultados deste estudo, realizado apenas em UTIP, no que se refere à taxa de eventos adversos.

Os resultados apresentados demonstram que, quanto ao tipo de incidente notificado, aproximadamente 50% destes classificam-se na categoria “Falha durante a assistência à saúde”, na subcategoria “assistência geral”. Durante a leitura e a análise das notificações, observou-se que grande parte daquelas enquadradas nesta categoria está incorporada ao quesito “sobrecarga de trabalho”, em que a descrição da notificação evidenciou fatores de risco para a ocorrência de incidentes, devido ao estresse pessoal e ao número não adequado de profissionais por paciente na UTIP.

Estudo realizado em hospital de grande porte do Sul do Brasil, visando a analisar a segurança do paciente relacionada à carga de trabalho da equipe de Enfermagem, traz significativa associação entre a carga de trabalho e eventos adversos como quedas do leito e infecções relacionadas ao cateter venoso central. Estes indicadores são diretamente proporcionais ao número de pacientes designados a cada enfermeiro ou técnico de Enfermagem, evidenciando o impacto do absenteísmo e a rotatividade de profissionais na qualidade dos serviços de Enfermagem.⁹

Além da carga de trabalho, também é necessário considerar as questões relacionadas à jornada de trabalho que, muitas vezes, ultrapassa o tempo estipulado, levando, assim, a uma maior exposição dos profissionais para cometerem falhas e, em se tratando de unidades de terapia intensiva, este risco é ainda maior.¹⁰

Outra pesquisa realizada nas UTIs de um hospital de grande porte no município de São Paulo, com o objetivo de identificar as principais causas de erros de medicação nas respectivas unidades, identificou que 55% dos profissionais de Enfermagem consideram a

sobrecarga de trabalho como principal fator de risco para a ocorrência de erros. O mesmo estudo cita ainda que, em comparação com a UTI destinada a adultos, é esperado que a UTI pediátrica seja o campo de maior incidência de eventos adversos, tendo em vista as peculiaridades do cuidado à criança no processo medicamentoso.¹¹

De acordo com as notificações estudadas, a segunda maior causa de incidentes de segurança do paciente foram falhas relacionadas à assistência durante procedimentos/tratamento/intervenção, onde estão incluídos incidentes referentes ao processo medicamentoso. Falhas relacionadas ao processo medicamentoso apontam para a necessidade de ser propiciada maior adequação no preparo de medicamentos e, conseqüentemente, maior segurança no cuidado à criança.¹²

Estudo de caso qualitativo, realizado no hospital em estudo, tendo como foco as unidades destinadas à internação clínica e oncológica em pediatria, analisou as principais causas de eventos adversos sob a ótica de profissionais e acompanhantes/cuidadores. Ambos destacaram os erros de medicação como a principal preocupação no que diz respeito à ocorrência de eventos adversos.¹³

Uma pesquisa realizada com 39 participantes, dentre enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, demonstrou que, para 16 destes profissionais, os principais fatores de risco do processo medicamentoso são: doses fracionadas, prescrição incorreta, não conferência dos certos, manipulação, dispensação, cálculos de diluição, padronização da farmácia, tempo de infusão e estabilidade do fármaco.¹⁴ Estes fatores assemelham-se aos evidenciados nesta pesquisa, que apresentou os erros de prescrição como a maior causa de incidentes nesta categoria.

Em relação aos “Fatores contribuintes à ocorrência de incidentes”, destacaram-se os fatores profissionais. Um estudo realizado em uma UTI neonatal, com o objetivo de identificar o conhecimento da equipe de Enfermagem deste setor sobre o controle de infecções nosocomiais, identificando fatores que facilitam ou dificultam sua ocorrência, apresentou, como resultado, que os profissionais de Enfermagem consideram como maior fator contribuinte a falta ou a prática inadequada da higiene das mãos antes do contato com o paciente.¹⁵ É fato que os profissionais reconhecem esta falha no processo de cuidado, sendo cabível, então,

identificar os fatores responsáveis pela baixa adesão.

Estudos referentes à prática da higienização das mãos, somados ao número de notificações relacionadas à baixa adesão a esta prática e aos dados apresentados pela Gerência de Risco da instituição pesquisada, confirmam a importância de um investimento na educação permanente do profissional, visando à mudança de comportamento para a realização desta prática, de forma sistemática e rotineira.

Em relação às infecções hospitalares, relacionadas ao grande número de procedimentos invasivos, na UTIP pesquisada, 13,3% dos cateteres venosos centrais e 13,2% dos procedimentos invasivos urinários geraram infecção hospitalar. Estudo com o objetivo de descrever a magnitude das infecções em UTI Pediátrica e Neonatal aponta as infecções da corrente sanguínea, por uso de cateter venoso central, como o maior acometimento de infecções, totalizando 33% dos casos analisados, onde as infecções do trato urinário comportam 8% dos casos estudados.¹⁶

Dentre os fatores contribuintes de ordem profissional, incidentes relacionados ao processo de comunicação foram encontrados. A comunicação efetiva entre profissionais da saúde é essencial para que ocorra um cuidado de excelência e qualidade. Qualquer informação, enviada ou interpretada incorretamente, pode acarretar diversos tipos de incidentes que comprometem a segurança do paciente. No ambiente hospitalar, as informações clínicas devem ser consistentemente transmitidas, sendo necessárias habilidades e atitudes da equipe e, particularmente, uma comunicação adequada. Entre as conseqüências das falhas na comunicação encontram-se o dano ao paciente, o aumento do tempo de hospitalização e o uso ineficaz de recursos.¹⁷ Entre as estratégias utilizadas na instituição pesquisada, destaca-se um sistema informatizado e integrado para o registro do trabalho da equipe multiprofissional onde a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) está vinculada. A SAE é uma estratégia que favorece o cuidado individualizado e de qualidade, com efetiva comunicação, tanto verbal, quanto escrita.¹⁸

Uma pesquisa com a finalidade de identificar os erros de medicações notificados em um hospital pediátrico apresentou 21,4% dos erros ocasionados por falha na comunicação, sendo 11,9% verbais e 9,5% por escrito.¹⁹ A comunicação por escrito, dentro do contexto hospitalar, agrega prescrições, avaliações, procedimentos e cuidados

realizados pelos vários profissionais da equipe de saúde sendo, assim, registros demasiadamente complexos, contendo informações importantes para o monitoramento do paciente.

Estudo desenvolvido em um hospital público e universitário definiu erros de prescrição como aquelas prescrições de medicamentos que envolvem a identificação do paciente, o medicamento, a dose, a frequência, a via de administração e/ou a forma farmacêutica errada, a indicação inapropriada, a terapêutica duplicada ou redundante, a alergia documentada a medicamentos prescritos, a terapia contraindicada, entre outros. O mesmo estudo identificou a similaridade entre os principais erros, a omissão de um ou mais itens de identificação do paciente (27,5%) e a prescrição com interpretação ambígua/confusa (27,5%).²⁰ Esses dados confirmam o acerto da decisão dos pesquisadores em analisar o processo medicamentoso separadamente dos demais tipos de eventos adversos. Nessa perspectiva, poder-se-ia recomendar que os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) analisem os eventos adversos relacionados a medicamentos separadamente dos demais tipos de eventos adversos. Durante a análise do momento de ocorrência do evento adverso, observou-se que, nos turnos manhã e tarde, ocorreu o maior número de notificações (73,9%), onde a grande ocorrência de procedimentos médicos, de Enfermagem e exames é realizada, principalmente, no turno da manhã. Pesquisa realizada em um hospital localizado no Estado de São Paulo mostra resultados semelhantes em que 92,8% das notificações de eventos adversos e incidentes ocorrem no período diurno (manhã e tarde).²¹

Referente ao grau do dano, neste estudo, 40,8% dos pacientes apresentaram danos decorrentes do incidente notificado, sendo classificados como eventos adversos. Por outro lado, 23,5% das notificações não apresentaram preenchimento no dado referente ao dano ao paciente, dificultando descrever um resultado fidedigno para este fator. O fato de que muitos incidentes podem não causar dano imediato ou evidente ao paciente poderia ser um dos motivos do não preenchimento deste dado no momento da notificação. Soma-se a isto o fato de que 76% das notificações deste estudo foram encaminhadas de forma anônima, podendo indicar receio do profissional notificador para a ocorrência de punição por parte da instituição. Outra pesquisa sobre a notificação de eventos adversos em UTI reforça esta

interpretação, pois 21,4% dos enfermeiros manifestaram pouca ou nenhuma confiança para notificar devido ao medo de ser punido pela instituição e suas consequências.²²

Estes resultados refletem a necessidade de a cultura de segurança ser trabalhada desde a formação acadêmica do profissional e nos programas de educação permanente dos serviços de saúde, para o profissional compreender o verdadeiro propósito de uma notificação, que visa sempre à qualidade do cuidado e à segurança do paciente. Além disso, as instituições, de uma maneira geral, também precisam mudar sua postura ao lidar com eventos adversos, pois, se a mudança não for simultânea, não haverá chance de os profissionais adquirirem a confiança necessária para preencher completamente as notificações.

Aspecto positivo, a ser destacado neste estudo, é que a estratégia de identificação do risco de evento adverso, como contribuição para o cuidado seguro, foi apontada em 60% das notificações analisadas. Acredita-se que esse reconhecimento possa ser considerado a primeira estratégia para o estabelecimento da cultura de segurança no contexto hospitalar.²³

Para se identificar os riscos mais evidentes à segurança, é fundamental encorajar a notificação dos eventos adversos ocorridos, de modo a possibilitar a detecção/reconhecimento das causas e, assim, desenvolver estratégias que possibilitem o conhecimento da tipologia, fatores predisponentes e consequências dos incidentes.

A cultura da segurança do paciente é uma atitude e um compromisso que devem ser compartilhados tanto pelos profissionais envolvidos na assistência, quanto por cuidadores e familiares no ambiente hospitalar. Nessa perspectiva, a caracterização dos incidentes de segurança do paciente, notificados na UTIP, pode contribuir, por meio da exposição da realidade, para a conscientização dos profissionais quanto à sua responsabilidade pessoal, bem como fornecer subsídios para estabelecerem parceria com cuidadores e familiares para uma assistência segura.

A elevada taxa de incidência identificada neste estudo sugere a existência de um aumento na comunicação de incidentes e fatores de risco no campo em estudo, com repercussões importantes para a prevenção de incidentes na atenção à saúde da criança em ambiente crítico.

É necessário apontar, ainda, as graves consequências da combinação de incidentes de segurança que podem levar ao

aparecimento e à disseminação de bactérias resistentes no ambiente hospitalar que, por si só, já é propício a esse risco. Falhas nas atividades administrativas (transferência de paciente), falhas durante a assistência à saúde (higienização inadequada das mãos, limpeza incorreta de materiais e equipamentos, falhas na administração de medicamentos, como dose e horário) e falhas na documentação (registro de cuidados ou procedimentos realizados ou não). Para os pacientes, a resistência antimicrobiana pode ocasionar o aumento da morbimortalidade, o prolongamento do período de recuperação de doenças e a elevação do risco de complicações. O ônus econômico também é múltiplo: para o serviço de saúde e as agências financiadoras, crescem os custos com procedimentos diagnósticos e de tratamento; para a família ou cuidadores da criança, pode representar perda da fonte de renda e despesas adicionais com transporte e alimentação durante o período de internação.²⁴

CONCLUSÃO

O objetivo proposto para este estudo foi alcançado com êxito, pois a análise do perfil das notificações mostrou que a taxa de incidentes de segurança registrados supera a média de estudos realizados no Brasil. Entretanto, não foram encontrados estudos que permitissem uma comparação para esta variável, considerando o contexto de intensivismo pediátrico.

O estudo revela que, em sua maioria, houve a ocorrência de eventos adversos por falhas durante a assistência à saúde, com destaque para os erros durante as etapas do processo medicamentoso. O principal fator contribuinte foi de ordem profissional. Grande parte das notificações não causou dano ao paciente. Evidenciou-se que os profissionais ainda apresentam receio no que diz respeito à sua identificação como responsável pela notificação, porém, reconhecem estratégias para a melhoria do cuidado.

O conhecimento do perfil dos incidentes traz subsídios para a importância de aprender com os erros relatados e também ressalta as peculiaridades do intensivismo pediátrico, contexto com elevado risco de ocorrência de eventos adversos quando comparado com outros cenários de atenção à saúde.

As principais limitações do estudo estão relacionadas ao desenho transversal, que retrata apenas uma realidade temporal, e ao caráter local do estudo, considerando que os dados foram relacionados somente aos

incidentes notificados em 2014 e em unidade de intensivismo pediátrico.

Por ser uma temática em ascensão na atualidade, é esperado que o estudo desperte o incremento de práticas seguras em UTIs Pediátricas e investimentos das instituições hospitalares, por meio de seus gestores e demais profissionais, em estratégias tanto de recursos humanos, materiais e equipamentos, quanto educativas, com o propósito de diminuir os riscos de incidentes de segurança do paciente e aprimorar o cuidado seguro à criança hospitalizada.

Recomenda-se o desenvolvimento de futuras pesquisas que abordem a segurança da criança em cuidados intensivos fazendo a associação entre o perfil da criança gravemente enferma com as características do processo de trabalho da equipe de saúde e com o grau de complexidade dos cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. Lisboa: OMS; 2011 [cited 2017 Mar 10]. Available from: <https://proqualis.net/relatorio/estrutura-conceitual-da-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-de-seguran%C3%A7a-do-paciente>
2. Ministério da Saúde (BR). Documento de Referência Para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Mar 10]. Available from: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
3. Oliveira LN, Breigeiron MK, Hallmann S, Witkowski. Vulnerabilities of children admitted to a pediatric inpatient care unit. Rev paul pediatr [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 10];32(4):367-73. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0103058214000148/1-s2.0-S0103058214000148-main.pdf?_tid=84aab922-1718-11e7-97c7-00000aab0f26&acdnat=1491078153_e6d7ca22cd92f163c0ee055bb954038f
4. Balela ASC, Pedreira MLG, Peterlini MAS. Medication errors in pediatrics. Rev bras enferm [Internet]. 2011 [cited 2015 May 15];64(3):563-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a22.pdf>
5. Bridi AC, Silva RCL, Louro TQ. Clinical Alarms in intensive care: implications of alarm fatigue for the safety of patients. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb

7];22(6):1034-40. Available from: http://http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-01034.pdf

6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Nota Técnica. Brasília (DF): GVIMS/GGTES/ANVISA; 2015 [cited 2017 Mar 10]. Available from: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-01-2015>

7. Ministério da Saúde (BR). Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [cited 2017 Mar 10]: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

8. Mendes W, Martins M, Rozenfeld S, Travassos C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2009 [cited 2017 Mar 31];21(4):279-84. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp022>

9. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Nursing workload and patient safety - a mixed method study with an ecological restorative approach. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 21];21(spe):146-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf

10. Almeida AC, Neves AL, Souza CL, Garcia JH, Lopes JL, Barros AL. Intra-hospital transport of critically ill adult patients: complications related to staff, equipment and physiological factors. *Acta paul enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 20];25(3):471-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a24.pdf>

11. Ortega, DB, D'Innocenzo M. Analysis of medication errors from the perspective of practical nurses and nursing assistants in an intensive care unit. *Nursing*. 2012;14(164):48-52.

12. Telles Filho PCP, Pereira Júnior AC, Veloso IR. Identification and analysis of errors during medication administration in a hospital pediatric unit. *J Nurse UFPE on line* [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 7];8(4):943-50. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5590/pdf_4899

13. Wegner, W. Prevenção de eventos adversos na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. In: Gaíva MAM, Ribeiro

CA, Rodrigues EC, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde da Criança e do Adolescente: Ciclo 8. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2013. p.9-56.

14. Souza FT, Garcia MC, Silva Rangel PPR, Rocha PK. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. *Rev enferm UFSM* [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 21];4(1):152-162. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8781/pdf>

15. Lorenzini E, Costa TC, Silva EF. Infection prevention and control in neonatal intensive care unit. *Rev Gaúch Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 19];34(4):107-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n4/14.pdf>

16. Marco SL, Denti IA, Manfredini CS. Prevalence of infection in a pediatric and neonatal intensive care unit. *Perspectiva* [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 6];38(Supp):73-81. Available from: www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/1002_410.pdf

17. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP Polo RS). ESTRATÉGIA 3: COMUNICAÇÃO EFETIVA. In: Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013 [cited 2016 Jan 20]. Available from: <http://www.rebraensp.com.br/publicacao/publicacaorede>

18. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília; 2009 [cited 2009 Oct 15]. Available from: <http://www.portalcofen.gov>

19. Yamamoto MS, Peterlini MAS, Bohomol E. Spontaneous reporting of medication errors in pediatric university hospital. *Acta paul enferm* [Internet]. 2011 [cited 2015 Oct 19];24(6):766-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a06v24n6.pdf>

20. Néri EDR, Gadêlha PGC, Maia SG, Pereira AGS, Almeida PC, Rodrigues CRM. Drug prescription errors in a Brazilian hospital. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug 3];57(3):306-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n3/v57n3>

[a13.pdf](#)

21. Paiva MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Adverse events: analysis of a notification instrument used in nursing management. Rev esc enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2015 Aug 3];44(2):287-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>

22. Claro CM, Krocockz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Adverse events at the Intensive Care Unit: nurses' perception about the culture of no-punishment. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug 3]; 45(1):167-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/23.pdf>

23. Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LM, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. Esc. Anna Nery [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 14];18(1):122-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0122.pdf>

24. Organização Mundial da Saúde. A crescente ameaça da resistência antimicrobiana: opções de ação. Sumário Executivo. Genebra: OMS; 2012 [cited 2016 Oct 16]. Available from: www.who.int/iris/bitstream/10665/75389/3/OMS_IER_PSP_2012.2_por.pdf

Submissão: 28/03/2017

Aceito: 28/09/2017

Publicado: 15/10/2017

Correspondência

William wegner
Rua São Manoel, 963
Bairro Rio Branco
CEP: 90620-110 - Porto Alegre (RS), Brasil