

Notificação de eventos adversos pelos enfermeiros para maior segurança em enfermagem pediátrica

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho¹
 orcid.org/0000-0002-4249-7356

Pedro Aguiar²
 orcid.org/0000-0002-0074-7732

¹Mestrado. Unidade de Neonatologia. Departamento de Pediatria. Hospital de Santa Maria. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

²Doutoramento. Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa Comprehensive Health Research Centre - Universidade Nova de Lisboa. Public Health Research Centre - Universidade Nova.

Resumo

Introdução

Os Eventos Adversos mantêm-se um desafio atual na prestação de cuidados de saúde, sendo definidos como incidentes que resultaram em dano desnecessário para o doente. A escolha da população pediátrica como alvo de estudo assenta em determinadas características que a tornam das mais suscetíveis a Eventos Adversos. A Notificação destes surge como ação chave da estratégia para a diminuição da sua ocorrência, enquanto os Enfermeiros constituem elementos essenciais ao processo. O objetivo final é a Segurança do Doente, ou seja, a redução para um mínimo aceitável do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde.

Objetivo

Descrever a Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos e os Fatores Associados a essa Adesão, em contexto pediátrico.

Métodos

Apresentamos um Estudo Observacional Transversal, com base num inquérito por questionário conduzido no Departamento de Pediatria de um hospital. O estudo contou com 88 variáveis categóricas, relacionadas com a caracterização da amostra e a perceção dos participantes sobre os Eventos Adversos, Erros, Incidentes e Segurança do Doente. Os dados foram trabalhados através de análise univariável, bivariável e de correlações de variáveis.

Resultados

Um total de 69% dos enfermeiros não notificaram qualquer Evento Adverso no último ano. Foram notificados com maior frequência os Eventos com consequências mais graves para o doente (58%) e os relacionados com disfunções organizativas da instituição (74-90%). Os fatores facilitadores à ocorrência de Eventos Adversos englobam a carência de recursos humanos (19%), falhas de comunicação e sobrecarga horária (17%), sendo a principal barreira à Notificação o esquecimento quando se verifica maior carga de trabalho (63%).

Conclusão

Ao investigar a adesão dos enfermeiros à notificação, verificámos que a mesma é baixa, o que destacou a necessidade de investir na Cultura de Segurança da instituição, consciencializando os profissionais de saúde para a importância do seu papel na melhoria da Segurança do Doente. Afigura-se-nos fundamental integrar a Notificação na prática diária dos profissionais, com recurso a sensibilização contínua, reforço das equipas multidisciplinares, investimento na comunicação e alívio da carga horária, podendo ser facilitador de melhoria.

Palavras-chave

Segurança do Paciente; Gestão do Risco; Melhoria de Qualidade; Evento Adverso; Erro Médico; Enfermagem Pediátrica.

Autor de correspondência

Joana Carvalho

E-mail: joanaisabelcarvalho@gmail.com

Recebido: 13.11.2022

Aceite: 16.03.2023

Como citar este artigo: Carvalho J, Aguiar P. Notificação de eventos adversos pelos enfermeiros para maior segurança em enfermagem pediátrica. Pensar Enf [Internet]. 2023 Abr; 27(1):32-38. Available from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.212>



Introdução

Os Eventos Adversos (EA) podem ser definidos como incidentes que resultaram em dano desnecessário para o doente,¹ constituindo um grave problema de saúde pública,² podendo ocorrer em contexto hospitalar, cuidados de saúde primários ou de longa duração.³ Independentemente do contexto em que ocorrem, afetam os doentes e a suas famílias, apresentando consequências a nível profissional, organizacional, económico e social, levando à falta de confiança nos profissionais de saúde e nas organizações.³⁻⁴ A preocupação com questões relacionadas com a Segurança do Doente não é recente e remonta há mais de 150 anos, com os primeiros registos a surgir com Florence Nightingale na Guerra da Crimeia.⁵ Desde então vários intervenientes procuraram promover a Melhoria da Qualidade e a Segurança do Doente, destacando-se Ernest Codman, Avedis Donabedian e o *Institute of Medicine* (IOM).⁵⁻¹⁰ Um caminho com o mesmo propósito: uma prestação de cuidados de saúde sem danos desnecessários para os utentes, atempada e evitando demoras, baseada na evidência e boas práticas, reduzindo o desperdício, que fosse transversal a todos os utentes sem discriminação e com resposta às suas necessidades individuais específicas.¹¹

O avanço científico-tecnológico necessário para tal, e que se tem verificado, surge com duplo significado. Por um lado, permitiu avanços significativos na Medicina, por outro originou situações potencialmente geradoras de erros e EA, tornando necessário implementar estratégias que evitem e minimizem estas situações.

Surge a Notificação de situações potencialmente perigosas para o doente, de *Near Misses*, erros e de EA como estratégia eficaz na garantia da Segurança do Doente.¹¹⁻¹² Esta permite consciencializar para o impacto negativo que um evento teve no doente, para os fatores que originaram esse evento e para as estratégias que podem ser identificadas e adotadas para o evitar.¹⁴ Os dados recolhidos através da notificação permitem construir bases de dados para análise futura pela equipa de Gestão do Risco, bem como a partilha de informação com a equipa multidisciplinar e restante instituição. É este processo que permite identificar os fatores que originam determinados eventos e desenvolver estratégias específicas para os prevenir, assim como a outras situações semelhantes¹²⁻¹³. É uma estratégia que contribui diretamente para a construção de uma Cultura de Segurança na instituição, que deve ter por base a confiança e partilha de experiências, sem receio da punição, e as diretrizes para a Segurança do Doente instituídas.^{10,15-16}

O aumento da consciencialização dos profissionais de saúde para a necessidade e a importância da notificação de eventos tem aumentado, no entanto a mesma mantém-se abaixo do esperado.¹⁷⁻¹⁸ Esta baixa adesão parece ser multifatorial, incluindo o medo da culpabilização, de sanções administrativas e legais, a resistência à burocracia, a perceção de que a notificação não têm impacto na qualidade dos cuidados, a falta de suporte organizacional, o feedback tardio ou inadequado e a falta de conhecimento acerca do Sistema de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNIEA) implementado.^{17,19-21}

Adicionalmente, a falta de recursos humanos na saúde, médicos e enfermeiros parece também ter influência. A sobrecarga horária e funcional dos profissionais leva à necessidade de reorganizar os cuidados, priorizando o doente e a rápida resolução de situações potencialmente perigosas ou erros, e deixando para segundo plano questões burocráticas como a sua notificação. Sabe-se que este comportamento não promove a Segurança do Doente nem a Qualidade dos Cuidados, uma vez que não permite a antecipação de situações potencialmente perigosas para o doente nem a compreensão do contexto em que os erros ocorreram, não sendo possível a sua prevenção.

A severidade do evento, o tipo de incidente e o próprio profissional parecem afetar a adesão à notificação.²⁰ Os eventos com maior severidade, nomeadamente os que incluem a morte (dano trágico), incapacidade (dano moderado) e dano severo para o doente, são notificados com maior frequência quando comparados com situações de risco potencial ou eventos sem dano.²²⁻²⁴ Os enfermeiros são os profissionais de saúde apontados como essenciais para a notificação, não só por se encontrarem na linha da frente da prestação de cuidados, mas por passarem mais tempo com os doentes. A evidência científica corrobora esta ideia e demonstra que os enfermeiros têm três vezes mais probabilidade de notificar um evento quando comparados com os médicos.²⁰

É unanimemente reconhecido que a população pediátrica apresenta maior vulnerabilidade para a ocorrência de EA.²⁵ A sua condição de doença, aliada às suas características intrínsecas, a necessidade de cuidados de saúde complexos, em diferentes contextos, com múltiplos intervenientes, e durante os quais é possível identificar oportunidades para as falhas na comunicação, são fatores potenciadores da ocorrência de situações que representem perigo para o doente.²⁶

A literatura descreve alguns dos Erros que caracterizam esta população: erros de medicação e alimentação parentérica total; erros de cuidados respiratórios, ressuscitação e ventilação; erros de procedimentos invasivos e Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; erros de identificação de doentes; erros de diagnóstico;¹⁰ erros relacionados com o leite materno²⁷⁻²⁸ e Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde.²⁹ Os erros relacionados com a medicação parecem ser os mais prevalentes e notificados nos diferentes contextos de saúde.^{10,15,30-32}

Também a adaptação de diretrizes clínicas à população pediátrica, a utilização de dupla verificação,³³ de *trigger tools*,⁹ e de sistemas de código de barras,³⁰⁻³¹ entre outros, surgem em associação com a notificação na prevenção os erros e EA.

De forma a descrever a Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos e os fatores associados em contexto pediátrico, foi elaborado um estudo de investigação. Os seus resultados confirmaram o interesse em aprofundar o problema e as consequências dos EA, a necessidade de continuar a investir na notificação e o papel fundamental dos Enfermeiros neste processo.

Material e Métodos

Com o objetivo de descrever a Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos e os fatores associados, no departamento de Pediatria de um hospital central em Lisboa, foi elaborado um estudo observacional, transversal de natureza quantitativa.

A população do estudo foram os enfermeiros a exercer funções nos serviços do departamento de Pediatria, incluindo os enfermeiros, enfermeiros especialistas e enfermeiros gestores, num total de 192 elementos. O recrutamento dos participantes foi efetuado através de amostragem de conveniência, sendo constituída por todos os enfermeiros que se encontravam a exercer funções no período que decorreu de Novembro 2019 a Janeiro 2020. Um total de 102 enfermeiros aceitaram participar no estudo, através do preenchimento do questionário.

A colheita de dados ocorreu através do inquérito por questionário de Paula Bruno (2010), publicado em “Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal”, após autorização concedida pela autora. O questionário incluiu 13 questões fechadas, distribuídas em dois grupos: caracterização da amostra (questões 1, 2, 3, 4 e 5) e perceção dos participantes sobre a Notificação de EA, Erros, Incidentes e Segurança do Doente (questões 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13). Foram elaboradas pequenas adaptações ao questionário original, de forma a adequar à população em estudo, não desvirtuando as suas características originais. O questionário foi escolhido por avaliar a notificação de EA por profissionais de saúde, permitindo responder ao objetivo do estudo. Os questionários foram entregues às enfermeiras gestoras de cada serviço que ficaram responsáveis pela distribuição individual a cada enfermeiro, sendo posteriormente recolhidos pelo investigador num

envelope selado e não marcado para proteger a privacidade e confidencialidade dos participantes.

A análise dos dados realizou-se com recurso ao *software* aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 26, com aproximadamente 88 variáveis categóricas. Foi realizada análise univariável das variáveis categóricas em estudo apresentando-se as tabelas de distribuição de frequências (%). Efetuada a análise bivariável com utilização do Teste Qui-Quadrado para comparação de proporções, e a análise de correlações de variáveis ordinais com utilização do Coeficiente de Correlação de *Spearman*. O Teste Exato de *Fisher* foi utilizado em substituição do Teste Qui-Quadrado para frequências esperadas baixas, considerando um nível de significância de 5% nos testes de hipóteses.

A investigação foi confidencial, garantindo-se o anonimato dos dados durante todo o processo. A participação foi voluntária (sem qualquer penalidade) e anónima. A cada questionário foi anexada uma folha de rosto correspondente ao consentimento informado que, de forma a garantir o anonimato e confidencialidade da informação e a identificação dos participantes, foi separado do restante questionário e colocado num envelope isolado. O processo de investigação iniciou-se com a formalização dos pedidos, por escrito, a todas as entidades envolvidas: autora do questionário, Director do Departamento de Pediatria, Enfermeira Diretora e Comissão de Ética do hospital, tendo sido obtidos todos os consentimentos solicitados.

Resultados

Neste módulo apresentam-se os resultados obtidos, representando a perceção dos Enfermeiros sobre as questões colocadas.³⁴

Tabela 1 – Características dos Enfermeiros em Pediatria na amostra

Variável em análise	Categoria da variável	Contagem: Frequência absoluta	Percentagem: Frequência relativa	(n=)
Sexo	Feminino	96	94,1	(n=102)
	Masculino	6	5,9	
Grupo Etário	21 a 30 anos	33	32,4	(n=102)
	31 a 40 anos	30	29,4	
	41 a 50 anos	17	16,7	
	51 a 60 anos	18	17,6	
	>60 anos	4	3,9	
Anos de Trabalho	<1 ano	17	16,7	(n=102)
	1 a 10 anos	25	24,5	
	10 a 20 anos	27	26,5	
	20 a 30 anos	23	22,5	
	30 a 40 anos	10	9,8	
Funções	Enfermeiro	73	71,6	(n=102)
	Enfermeiro Especialista	27	26,5	
	Enfermeiro Gestor	2	2,0	

Tipologia Serviço				
Ambulatório	19	18,6	(n=102)	
Urgência e Cuidados Intensivos	64	62,7		
Pediatria Médica	19	18,6		

Conforme representado na tabela 1, a amostra é composta maioritariamente por enfermeiras (94,1%), com idades entre 21 e 30 anos (32,4%). A maioria dos profissionais trabalha na instituição entre 1 a 30 anos (37%), sendo a categoria dos 10 aos 20 anos mais prevalente, representando 26,5% da amostra. A função desempenhada com maior peso é a de enfermeiro (71,6%). Aproximadamente 62,7% dos participantes exercem funções nos serviços de Urgência e de Cuidados Intensivos, seguido dos serviços de Pediatria Médica (18,6%) e de Ambulatório (16,7%).

Quando questionados sobre o SNIEA, cerca de 98% da amostra reconhece que o hospital onde exerce funções tem um sistema, embora apenas 59,8% refiram concordar com o mesmo. Cerca de 93,1% da amostra tem conhecimento que o hospital onde exerce funções participa em Programas de Acreditação, nomeadamente o departamento de Pediatria.

Dos 98% dos enfermeiros que reconhecem que o hospital tem um SNIEA, cerca de 69% responderam não ter notificado nenhum EA no ano transato e 31% referem ter notificado pelo menos um. De acordo com a severidade, os EA notificados com maior frequência foram os que apresentam consequências mais graves para o cliente, como dano trágico (58%) e dano moderado (33%). Os EA sem dano para o cliente ou os *Near Misses* são raramente notificados. O serviço com maior número de EA notificados foi o de Urgência e Cuidados Intensivos (38%), seguido da Pediatria Médica (21%) e Ambulatório (18%).

Analisando a notificação de acordo com a severidade dos EA e as características dos enfermeiros da amostra (sexo, grupo etário e função na instituição), conclui-se que não parece haver diferença estatisticamente significativa entre a frequência de notificação dos diferentes eventos e as características dos enfermeiros.

Quanto ao tipo de EA, verificou-se que os relacionados com disfunções organizacionais da instituição ocorrem com maior frequência: avaria ou defeito de material/dispositivos médicos (89%), falta de material/roupa/equipamentos (82,4%), falta de material clínico e equipamentos (77,5%), disfunções do sistema informático (74,5%) e conflitos com doente/família (73,5%). EA que ocorrem com frequência significativa são erros de prescrição de produtos ou fármacos (71,6%), erros de administração de produtos ou fármacos (64,7%), prescrições incorretamente preenchidas ou ilegíveis (65,7%), e as infeções associadas aos cuidados de saúde (52,9%). Uma das questões permitiu analisar a percepção da amostra relativamente aos EA que ocorrem e aos que são notificados. De acordo com a percepção dos enfermeiros verificou-se que os EAs com maior frequência são os que têm maior percentagem de notificação.

De acordo com a percepção dos enfermeiros, a falta de recursos humanos (19%), seguida das falhas de comunicação e da sobrecarga horária (ambos com 17%), são os principais fatores que contribuem para a ocorrência de EA. Por seu lado, apontam o esquecimento quando há

excesso de trabalho (63%) como a principal barreira à Notificação.

Discussão

Os profissionais de saúde reconhecem a importância da notificação de EA para a Segurança do Doente e Qualidade dos Cuidados,¹⁷ bem como a necessidade de existir um sistema local e nacional para a Notificação.²⁴ Embora 98% dos enfermeiros tenham conhecimento do sistema de notificação do hospital, apenas cerca de 59,8% referem concordar com o mesmo, o que se encontra em linha com os resultados de outros estudos.^{24,35} Podemos questionar se os enfermeiros compreendem o sistema e a sua adequada utilização, quais EA devem notificar, como podem notificar e como se desenvolve o processo de análise e *feedback*.

Cerca de 69% dos enfermeiros referiram não ter reportado nenhum EA no ano transato, demonstrando uma taxa de adesão à notificação baixa. No entanto, parece verificar-se um aumento da consciencialização para a notificação, quando compara a taxa do estudo (69%) com a notificação a nível nacional em 2011 (80%).¹⁸ Mais recentemente, dados da National Patient Safety Agency³⁶ demonstram um aumento na notificação de EA entre 2013 e 2015. A melhoria observada, um pequeno passo no longo caminho a percorrer, deve salvaguardar a necessidade de formação dos profissionais, a elaboração de estratégias e normas institucionais que permitam o crescimento de uma Cultura de Segurança.

O nível de severidade dos EA parece ser um fator preponderante na adesão à sua notificação. Os dados do estudo indicam que os EA que resultam em dano trágico (58%) e dano moderado (33%) são reportados com maior frequência, quando comparados com eventos sem dano ou situações de risco para o doente, como demonstrado em estudos prévios.^{20,22-24}

O privilegiar da notificação de eventos mais severos, ao invés de notificar todas as situações, cria uma situação de insuficiência e ausência de dados reais sobre os EA que ocorreram, restringindo a prevenção de situações potencialmente perigosas. A necessidade de notificar todos os tipos de EA, mesmo dos que não tiveram impacto para o doente, é imperativa para que o processo de aprendizagem seja o mais útil possível e para as intervenções implementadas na resolução das situações identificadas.^{12-13,17}

Os EA que ocorreram com maior frequência foram os relacionados com as disfunções organizacionais da instituição, correspondendo aos resultados obtidos por Bruno²⁴ e Martins.³⁵ No entanto, a nível internacional, os EA notificados com maior frequência são os relacionados com a terapêutica.^{10,15,30,32,38} Neste estudo, os erros relacionados com a terapêutica apresentaram percentagens de ocorrência significativas, nomeadamente erros de

prescrição de produtos ou fármacos, erros de administração de produtos ou fármacos e prescrições incorretamente preenchidas ou ilegíveis. Por outro lado, de acordo com a percepção dos enfermeiros, os EA que ocorreram com maior frequência foram também os que apresentaram maior percentagem de notificação.

A diferença nas percentagens de notificação de EA detetadas entre os diferentes serviços pode resultar do facto de a amostra ser maioritariamente composta por enfermeiros do serviço de Urgência e Cuidados Intensivos (62,7%) e/ou porque este é um dos serviços com maior propensão para a ocorrência de EA.³¹

Os enfermeiros apontaram a falta de recursos humanos, seguida das falhas de comunicação e sobrecarga horária, como fatores facilitadores para a ocorrência de EA, resultados que coincidem com a evidência. Esta é uma situação recorrente na Saúde, na qual a falta de recursos humanos é uma realidade,³⁹ resultando na sobrecarga horária e funcional dos profissionais de saúde.^{16,40}

A comunicação é essencial para garantir a Segurança do Doente e a Qualidade dos Cuidados, merecendo especial atenção. A Direção Geral da Saúde⁴¹ recomenda uma comunicação eficaz entre os profissionais, afirmando que a mesma pode falhar, e referindo que 70% dos EA ocorre durante os momentos de transição de cuidados. Os doentes e família podem ser aliados dos profissionais na garantia de uma comunicação eficaz e segura, uma vez que são eles quem melhor conhece a situação clínica e tem oportunidade para identificar falhas na comunicação nas passagens de turno.¹⁰

De acordo com a percepção dos enfermeiros, o esquecimento quando há maior carga laboral é a principal razão para não notificarem EA. As condições laborais levam à necessidade de reorganizar o foco dos profissionais de saúde, centrando-se no doente e na rápida resolução de situações inesperadas, deixando a notificação de EA para segundo plano. Este comportamento, mesmo que pareça o mais adequado no momento, não favorece a Segurança do Doente nem a Qualidade dos cuidados a longo prazo.

Neste contexto, torna-se essencial integrar a notificação de EA, Erros, *Near Misses* e situações potencialmente perigosas para o doente na prática diária dos profissionais de saúde. Isto requer sensibilização contínua, reforço das equipas multidisciplinares, melhoria da comunicação e alívio da carga horária dos profissionais, bem como maior e melhor disseminação e acessibilidade ao sistema de notificação da instituição.

Após a realização deste estudo, preconiza-se, a nível nacional, o desenvolvimento de políticas de saúde mais específicas e detalhadas que promovam a notificação de EA, de forma transversal, e enquadrante do caminho a seguir. A nível de Gestão do Risco, deve ser incentivada a notificação de EA e *Near Misses* por todos os profissionais com o intuito de resolver as situações potencialmente perigosas identificadas e prevenir futuros EA,¹²⁻¹³ quer para os doentes quer para os próprios profissionais de saúde.

Por último, é crucial valorizar e investir na qualificação dos profissionais na área da Gestão do Risco e Segurança do Doente, na elaboração de diretrizes, bem como na

construção de equipas com experiência na análise de EA e na identificação preventiva de possíveis falhas no sistema. Para reduzir o erro em Enfermagem Pediátrica recomenda-se a utilização de soluções pré-preparadas, fórmulas adequadas à população pediátrica, de sistema de código de barras aquando da administração de terapêutica ou identificação de doentes, e o desenvolvimento de protocolos.³⁰⁻³¹ São também recomendadas a revisão pelos pares/dupla verificação, melhoria da qualidade clínica e educação, o treino dos profissionais através de simulação, e a introdução de uma biblioteca de fármacos nas bombas infusoras, com um alarme que soa quando a dose sai fora do intervalo habitual.⁹ A utilização de prescrição eletrónica e sistemas de dispensa terapêutica eletrónicos demonstram uma diminuição significativa dos erros relacionados com a terapêutica. A utilização de *trigger tools* também parece ter um impacto positivo na prevenção de EA pelo aumento da deteção de erros em Pediatria.⁹

Este estudo procurou descrever a Adesão dos Enfermeiros à Notificação de EA em Pediatria, baseado na percepção dos enfermeiros sobre essa mesma notificação. Um futuro estudo, com outras especificações, pode ajudar a clarificar algumas das questões levantadas e permitir outras medidas corretivas que facilitem a melhoria dos Sistemas de Notificação de Incidentes e EA.

Conclusão

A evolução e o aumento da procura por cuidados de saúde com o mínimo risco para o doente, apropriado às suas características e necessidades individuais, tornou-se o mote para os cuidados a nível mundial. Neste contexto, e apesar das estratégias para reduzir o risco e as consequências negativas associadas aos cuidados de saúde, a ocorrência de EA mantém-se uma realidade. A notificação surge como uma destas estratégias. A notificação de todas as situações potencialmente perigosas ou que levem a consequências negativas, em particular para o doente, deve ser instituída de forma a evitar a normalização e a aceitação do erro como rotineiro, ou como decorrente da prática dos profissionais de saúde. Os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados na linha da frente, com um maior e mais próximo contacto com o doente e família, tornam-se mais conscientes e experientes no reconhecimento de situações potencialmente perigosas e que culminem em erro ou EA, refletindo-se na sua probabilidade de notificação. Se, por um lado, os resultados obtidos apontam para a necessidade de promover a Cultura de Segurança da instituição, tornando os profissionais de saúde conscientes da importância do seu papel, enquanto indivíduos e enquanto equipa multidisciplinar para a melhoria da Segurança do Doente, por outro, acreditamos que os próprios enfermeiros se encontram sujeitos a EA, devendo esses ser também notificados.

Acreditamos que o envolvimento dos profissionais de saúde em programas de adesão à notificação será tanto maior e mais forte quanto mais próxima for a divulgação e acessibilidade da plataforma e sensibilização para a sua utilização. Também o reconhecimento dos benefícios para

o doente, o conhecimento dos resultados e medidas corretivas aplicadas, bem como da evolução e interação com o sistema de notificação contribuem para esta adesão. Se entendido como transversal à saúde, numa visão integradora dos direitos e deveres dos profissionais, estes estarão mais conscientes e motivados para participar individualmente ou em grupo.

Uma limitação deste estudo foi a diferença entre a data de recolha dos dados e a sua disseminação, tendo por base o facto de resultar de uma Tese de Mestrado. Mesmo assim, considerou-se importante sumarizar e partilhar o trabalho elaborado devido às suas claras implicações para a prática de Enfermagem, benefício para o doente, bem como para a Qualidade e Segurança na prestação de Cuidados.

Referências Bibliográficas

- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. The conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report and technical annexes. Copenhagen: World Alliance for Patient Safety; 2009.
- Conselho da União Europeia. Recomendação do Conselho, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. [Internet] 2009 [cited 2019 Dec 27] Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32009H0703%2801%29>
- Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. [Internet]. Paris: OECD; 2017. [cited 2020 Apr 18] Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
- Sousa P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. Acta Med Port [Internet] 2006 [cited 2019 Sep 10]; 19(4):309-318. Available from: <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/7828>
- Kudzma EC. Florence Nightingale and Healthcare Reform. Nursing Science Quarterly. 2006;19(1):61-64. doi:10.1177/0894318405283556
- Chun J, Bafford A. History and background of quality measurement. Clin Colon Rectal Surg. 2014; 27(1):5-9. doi: 10.1055/s-0034-1366912
- Neuhauser D. Ernest Amory Codman. Qual Saf Health Care [Internet] 2002 [cited 2020 Jan 6]; 11:104-5. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/11/1/104.full.pdf>
- Best M, Neuhauser D. Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet. Qual Saf Health Care. 2004; 13:472-3. doi: 10.1136/qshc.2004.012591
- Valentini R.P. Patient safety and quality improvement: what the pediatric trainee needs to know. Prog Pediatr Cardiol. 2017; 44:47-53. doi:10.1016/j.ppedcard.2017.01.006
- Raju T, Suresh G, Higgins R. Patient safety in the context of neonatal intensive care: research and educational opportunities. Pediatr Res. 2011; 70(1):109-15. doi: 10.1203/PDR.0b013e3182182853
- Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001 [cited 2020 Jan 6]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf
- Leistikow I, Mulder S, Vesseur J, Robben P. Learning from incidents in healthcare: the journey, not the arrival, matters. BJM Qual Saf. 2017; 26(3):252-256. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004853
- Hewitt T, Chreim S. Fix and forget or fix and report: a qualitative study of tensions at the front line of incident reporting. BJM Qual Saf. 2015; 24(5):303-10. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003279
- Dickson G. Principles of risk management. Qual Health Care. 1995; 4(2):75-9. doi: 10.1136/qshc.4.2.75
- Cernadas J, Bogado L, Rolón F, Galletti M. Voluntary and anonymous reporting of medication errors in patients admitted to the Department of Pediatrics. Arch Argent Pediatr. 2019; 117(6): e592-7. doi: 10.5546/aap.2019.eng.e592
- Lawati M, Dennis S, Short S, Abdulhadi N. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. BCM Fam Pract. 2018; 19(1): 104. doi: 10.1186/s12875-018-0793-7
- Louis M, Hussain L, Dhanraj D, Khan B, Jung S, Quiles W, et al. Improving patient safety event reporting among residents and teaching faculty. Ochsner J. [Internet] 2016 [cited 2019 Nov 21]; 16(1):73-80. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27046410>
- Fernandes AM, Queirós PJ. Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. Referência. [Internet] 2011 [cited 2019 Sep 10]; III Série (4):37-48. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a04.pdf>
- Waring J. Beyond blame: cultural barriers to medical incident reporting. Soc Sci Med. 2005; 60:1927-35. doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.055
- Polisena J, Gagliardi A, Urbach D, Clifford T, Fiander M. Factors that influence the recognition, reporting and resolution of incidents related to medical devices and other healthcare technologies: a systematic review. Syst Rev. 2015; 4: e37 doi: 10.1186/s13643-015-0028-0

21. Dunbar A, Cupit M, Vath R, Pontiff K, Evans N, Roy M, et al. An improvement approach to integrate teaching teams in the reporting of safety events. *Pediatrics*. 2017; 139(2): e20153807. doi: [10.1542/peds.2015-3807](https://doi.org/10.1542/peds.2015-3807)
22. Firth-Cozens J. Barriers in incident reporting. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11(7):6-8. doi: [10.1136/qhc.11.1.7](https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.7)
23. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11(1):15-8. doi: [10.1136/qhc.11.1.15](https://doi.org/10.1136/qhc.11.1.15)
24. Bruno P. Registo de incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal: erro em medicina. Coimbra: Coimbra Editora; 2010.
25. Jordan M, Lam J, Lyren A, Sims N, Yang C. Actionable patient safety solution (APSS) #3A: medication errors. Chapman University [place unknown]: Patient Safety Movement Foundation; [Internet] 2017 [cited 2019 Apr 19] Available from: https://digitalcommons.chapman.edu/pharmacy_articles/458/
26. Carter B, Lantos J. Disclosing adverse events and near misses to parents of neonates. *Semin Perinatol*. 2019; 43(8): e151182. doi: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2019.08.011>
27. Reena O, Kachoria R, Dail J, Green J, Walls K, McClead R. A quality improvement project to decrease human milk errors in the NICU. *Pediatrics*. 2017; 139(2): e20154451. doi: [10.1542/peds.2015-4451](https://doi.org/10.1542/peds.2015-4451)
28. Steele C, Bixby C. Centralized breastmilk handling and bar code scanning improve safety and reduce breastmilk administration errors. *Breastfeeding Med*. 2014; 9(9):426-9. doi: [10.1089/bfm.2014.0077](https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0077)
29. Chatziioannidis I, Mitsiakos G, Vouzas F. Focusing on patient safety in the neonatal intensive care unit environment. *J Pediatr Neonat Individual Med*. 2016; 6(1): e060132. <https://doi.org/10.7363/060132>
30. Lobaugh L, Martin L, Schleelein L, Tyler D, Litman R. Medication errors in pediatric anesthesia: a report from the wake-up safe quality improvement initiative. *Anesth Analg*. 2017; 125(3):936-42. doi: [10.1213/ANE.0000000000002279](https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002279)
31. Benjamin L, Frush K, Shaw K, Shook J, Snow S. Pediatric medication safety in the emergency department. *Pediatrics*. 2018; 141(3): e20174066. doi: [10.1542/peds.2017-4066](https://doi.org/10.1542/peds.2017-4066)
32. Alvarez F, Ismail L, Markwosky A. Pediatric medication safety in adult community hospital settings: a glimpse into nationwide practice. *Hosp Pediatr*. 2016; 6(12):744-9. doi: [10.1542/hpeds.2016-0068](https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0068)
33. The Joint Commission. Hospital: 2023 National Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2023. [cited 2023 Apr 11]. Available from: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2023/npsg_chapter_hap_jul2023.pdf
34. Carvalho, J. Adesão dos enfermeiros à notificação de eventos adversos em pediatria. [dissertation on the Internet]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2021 [cited 2022 Dec 20]. 121 p. Available from: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/118993/1/RUN%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Carvalho.pdf>
35. Martins L. Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central. [dissertation on the Internet] Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa; 2017 [cited 2019 Apr 19] 62 p. Available from: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/7321/1/Ades%C3%A3o%20a%20notifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20eventos%20pelos%20enfermeiros%20dos%20servi%C3%A7os%20de%20internamento%20e%20unidades%20de%20cuidados%20intensivos%20de%20um%20hospital%20central.pdf>
36. National Patient Safety Agency. National reporting and learning system quarterly data workbook: Oct 2003-Dec 2015 [Internet]. Redditch: The National Archives. NHS England; 2017 [cited 2020 May 8]. Available from: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20171030124644/http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?EntryId45=135610>
37. Macrae C. The problem with incident reporting. *BJM Qual Saf*. 2017; 25(2):71-5. doi: [10.1136/bmjqs-2015-004732](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004732)
38. Sutherland A, Phipps D, Tomlin S, Ashcroft D. Mapping the prevalence and nature of drug related problems among hospitalized children in the United Kingdom: a systematic review. *BCM Pediatrics*. 2019; 19: e486. doi: [10.1186/s12887-019-1875-y](https://doi.org/10.1186/s12887-019-1875-y)
39. Margato C. A propósito da segurança dos doentes: editorial. *Sinais Vitais*. [Internet] 2009; [cited 2020 May 14] 83. Available from: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais-publicacoes-78/revistas-1994-2014/22-revistas-2008-e-2009/480-revista-no-83-marco-2009>
40. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório primavera 2018: meio caminho andado. [Internet] Lisboa: OPSS; 2018 [cited 2020 May 14] Available from: <http://opss.pt/relatorio-primavera/>
41. Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Norma 001/2017 relativa à Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. [Internet] Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2017. [cited 2019 Dec 9] Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>