



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**MARIA SALETE DE BRITO GOMES**

**PREDISPOSIÇÃO A EVENTOS ADVERSOS EM TERAPIA INTENSIVA  
PEDIÁTRICA E NEONATAL: ANÁLISE DAS ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2019**

MARIA SALETE DE BRITO GOMES

PREDISPOSIÇÃO A EVENTOS ADVERSOS EM TERAPIA INTENSIVA  
PEDIÁTRICA E NEONATAL: ANÁLISE DAS ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da criança e do adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Roberta Meneses Oliveira.

FORTALEZA – CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Gomes, Maria Salete de Brito .

Predisposição a eventos adversos em terapia intensiva pediátrica e neonatal: análise das atitudes de profissionais de enfermagem [recurso eletrônico] / Maria Salete de Brito Gomes. - 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 78 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2019.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente..

Orientação: Prof.ª Dra. Roberta Meneses Oliveira. .

1. Enfermagem. 2. Centros de Terapia Intensiva Pediátrica. 3. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 4. Segurança do Paciente. 5. Dano ao paciente. I. Título.

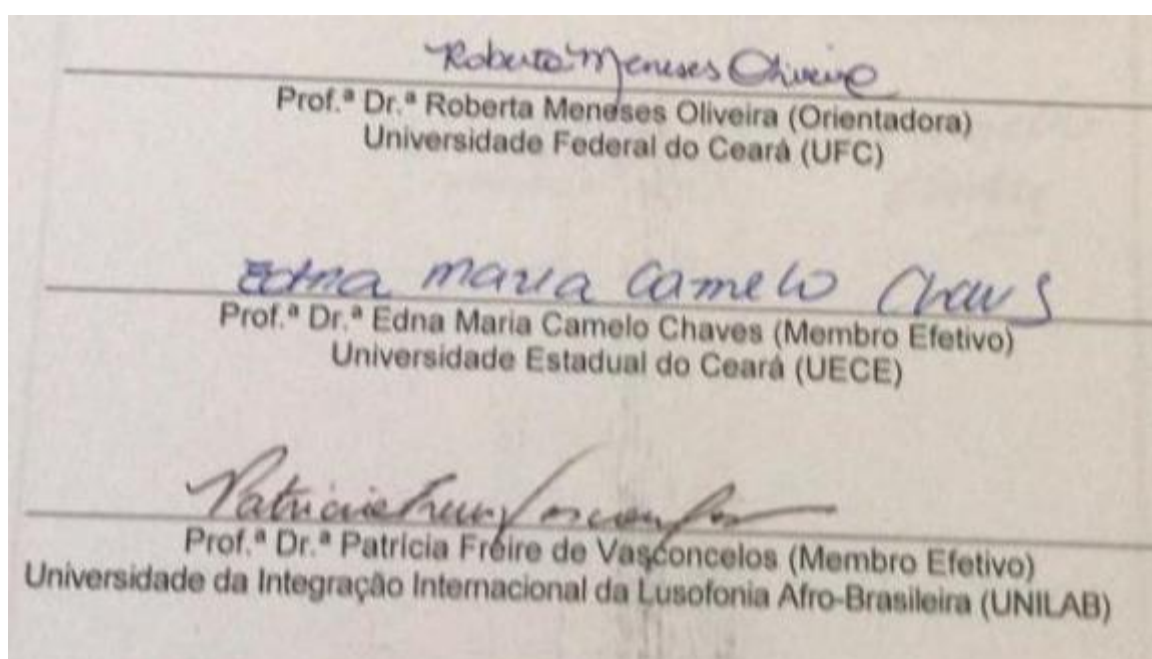
MARIA SALETE DE BRITO GOMES

PREDISPOSIÇÃO A EVENTOS ADVERSOS EM TERAPIA INTENSIVA  
PEDIÁTRICA E NEONATAL: ANÁLISE DAS ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da criança e do adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovado em 23 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia e da desesperança.

Ao meu esposo Rinaldo, companheiro de uma caminhada de quase 29 anos, minha fortaleza, que nunca me deixou desanimar e deixar de acreditar no meu potencial, nem mesmo quando eu não acreditava e aceitou minhas ausências

Às minhas filhas, Lara e Clara, meu maior presente da vida, que todos os dias me ensinam a ser uma pessoa melhor.

E a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida, em especial, Socorro Brito, minha inspiração de ser humano e profissional

Aos meus pais (avós maternos), Dona Mocinha e Seu Egídio “In Memoriam”, que me amaram de uma maneira única e singular, por quem tenho um amor incondicional;

Aos meus pais (biológicos), Aldenora e Francisco Brito, pois sem eles este trabalho e nenhum dos meus sonhos não se realizariam.

E por último mas não menos importante, aos neonatos e crianças internadas em unidade de terapia intensiva, que são o maior

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Roberta Meneses Oliveira, minha anja ruiva que Deus colocou na minha vida e que não tenho palavras para descrever a gratidão pela paciência, dedicação e empenho. Agradeço imensamente. Resumi-la a minha orientadora é muito pouco e tenho certeza de que ela sente a importância que teve e tem para mim não só na condução do trabalho, mas também como conselheira e até nas horas em que parece que nada está dando certo e que preciso não só de um consolo, mas de um colo.

Às professoras Dra Edna Maria Camelo Chaves, Dr<sup>a</sup>. Jênifa Cavalcante dos Santos Santiago e Dr<sup>a</sup>. Patrícia Freire de Vasconcelos, pelas valiosas considerações na banca.

À Minha psicóloga, Dra Conceição Magalhães, como ela foi importante na conclusão desse trabalho, só gratidão pela ouvinte perfeita que sempre com sua maneira delicada de me fazer ver as soluções para o que eu achava não ter;

À Mazé Marques, minha eterna coordenadora, que permitiu minha ausência e reduziu minha carga horária para aulas desse mestrado;

À Patricia Freire (my personal coaching) e Deysen Girão, amigas do trabalho que me incentivaram sempre para o caminho da pesquisa;

À Dra Klebia Castelo Branco, uma das pessoas mais cultas que conheço e que tenho o prazer de trabalhar e me ensina que um artigo é o caminho mais fácil, para uma boa assistência;

Ao Curso do Mestrado Profissional Saúde da Criança e do Adolescente da UECE. Aos docentes, pela sua participação e colaboração, porque sem eles não seria possível a realização deste trabalho

Às pessoas com quem convivi nesses espaços ao longo desses anos. A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com amigos foram a melhor experiência da minha formação acadêmica, em especial: Zis Viana, Fabiola Arraes, Raquel Pereira, Wanessa Maia, Rebeka Oliveira, Heliete Lins, Carla Gouveia e Iara Negreiros.

Aos participantes do estudo, por colaborar espontaneamente com os dados para essa pesquisa.

E a todos que de alguma maneira contribuíram pra realização deste sonho.

“Não confunda derrotas com fracasso nem vitórias com sucesso. Na vida de um campeão sempre haverá algumas derrotas, assim como na vida de um perdedor sempre haverá vitórias. A diferença é que, enquanto os campeões crescem nas derrotas, os perdedores se acomodam nas vitórias.”

(Roberto Shinyashiki)

“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objecto singular, um amigo-é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas, é mais preciso ainda!”

(Antoine de Saint-Exupéry)

## RESUMO

A percepção dos profissionais de saúde acerca do seu ambiente de trabalho, tanto na estrutura como nos processos assistenciais, pode influenciar em suas atitudes de enfrentamento dessas condições e, dessa forma, na predisposição da ocorrência do evento adverso. É preciso, portanto, analisar essas percepções no âmbito da terapia intensiva pediátrica e neonatal, por ser cenário de prática mais propenso a tais eventos. Objetivou-se analisar atitudes de enfermeiras e técnicas de enfermagem diante dos fatores de estrutura e processo que podem predispor a eventos adversos em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal. Trata-se de estudo transversal e analítico realizado em dois hospitais da rede pública do Ceará, entre janeiro a abril de 2019. A amostra constituiu-se de 100 participantes, sendo 42 enfermeiras e 58 técnicas de enfermagem. Como instrumentos de coleta dos dados, aplicou-se questionário sócio-demográfico e profissional e Escala de Predisposição a Eventos Adversos (EPEA). Esta escala likert de concordância contém 46 itens em duas dimensões: estrutura (12 itens) e processo (34 itens). Os dados foram analisados no software SPSS Statistics 23.0. Utilizou-se estatística descritiva com frequência simples e percentual para dados categóricos, e média e desvio padrão para dados quantitativos contínuos. Para analisar relações entre as médias das variáveis sociodemográficas e a média da diferença entre as escalas ideal e real utilizou-se a análise de variância (ANOVA), seguida do teste de Tukey. Aplicou-se o teste t de student para estudo da diferença entre médias das variáveis intervalares em relação à atitude dos enfermeiros, considerando-se nível de significância de 0,05 ( $p < 0,05$ ). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 2.953.470/2018 e parecer nº 3.023.603/2018). Como resultados, encontrou-se a maioria das profissionais (78%) com média a baixa percepção dos fatores de estrutura e processo. Alguns aspectos destacaram-se como de maior divergência na dimensão estrutura: iluminação adequada; distribuição dos leitos para visualização direta dos pacientes; e disponibilidade de manual de normas e rotinas atualizado anualmente. Os itens melhor avaliados envolveram a presença de dispensadores de álcool gel na unidade, formulários para notificação de eventos adversos e padronização de soluções e diluição de drogas. Analisando os fatores de processo, os melhores itens avaliados foram: higienizar as mãos, usar dois identificadores na identificação do paciente, identificar equipos com rótulo das soluções e data das



trocas, identificar bombas de infusão, ter protocolo de dupla checagem na administração de medicamento, proteger a pele e indicador de incidência de infecção hospitalar. As médias de estrutura ideal e processo ideal foram iguais ( $p=0,969$ ), bem como as de estrutura real e processo real (0,250). Existiu correlação linear diretamente proporcional entre a estrutura ideal e o processo ideal ( $p<0,0001$ ) e entre estrutura real e processo real ( $p<0,0001$ ). Constatou-se associação estatística significativa entre os fatores de processo com faixa etária, unidade de trabalho e vínculo empregatício. Conclui-se que há baixa a média percepção dos fatores predisponentes a eventos adversos entre as profissionais de enfermagem das unidades investigadas, o que merece atenção e investimento de suas lideranças para evitar que estas percepções inadequadas resultem em dano aos pacientes.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Centros de Terapia Intensiva Pediátrica. Segurança do Paciente. Dano ao paciente.

## ABSTRACT

The perception of health professionals about their work environment, both in the structure and care processes, can influence their attitudes to cope with these conditions and, thus, the predisposition of the occurrence of the adverse event. It is therefore necessary to analyze these perceptions in the context of pediatric and neonatal intensive care, as it is a scenario of practice more prone to such events. The objective of this study was to analyze nurses' attitudes and nursing techniques regarding the structure and process factors that may predispose to adverse events in pediatric and neonatal intensive care units. This cross-sectional and analytical study was carried out in two public hospitals in Ceará, from January to April 2019. The sample consisted of 100 participants, 42 nurses and 58 nursing technicians. As data collection instruments, a socio-demographic and professional questionnaire and the Adverse Events Predisposition Scale (EPEA) were applied. This likert agreement scale contains 46 items in two dimensions: structure (12 items) and process (34 items). Data were analyzed using SPSS Statistics 23.0 software. Descriptive statistics with simple and percentage frequency was used for categorical data, and mean and standard deviation for continuous quantitative data. To analyze relationships between the means of sociodemographic variables and the mean difference between the ideal and real scales, we used the analysis of variance (ANOVA), followed by Tukey test. Student's t-test was applied to study the difference between means of interval variables in relation to nurses' attitude, considering a significance level of 0.05 ( $p < 0.05$ ). The project was approved by the Research Ethics Committee (Opinion No. 2,953,470 / 2018 and Opinion No. 3,023,603 / 2018). As a result, most professionals (78%) were found with medium to low perception of structure and process factors. Some aspects stood out as of greater divergence in the structure dimension: adequate lighting; distribution of beds for direct viewing of patients; and availability of updated standards and routines manual. The best evaluated items involved the presence of alcohol gel dispensers in the unit, forms for reporting adverse events and standardization of solutions and drug dilution. Analyzing the process factors, the best evaluated items were: hand hygiene, use two identifiers to identify the patient, identify equipment labeled with the solutions and date of change, identify infusion pumps, have a double check protocol for drug administration, Protect skin and indicator of incidence of nosocomial infection. The

ideal structure and ideal process averages were equal ( $p = 0.969$ ), as well as the real structure and real process averages (0.250). There was a directly proportional linear correlation between the ideal structure and the ideal process ( $p < 0.0001$ ) and between the real structure and the real process ( $p < 0.0001$ ). Significant statistical association was found between the process factors with age, work unit and employment relationship. It is concluded that there is low to medium perception of factors predisposing to adverse events among nursing professionals of the units investigated, which deserves attention and investment from their leaders to prevent these inadequate perceptions result in harm to patients.

**Keywords:** Nursing. Neonatal Intensive Care Units. Intensive Care Units, Pediatric. Patient Safety. Patient Harm.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 – Faixas percentílicas da normatização da EPEA nas dimensões estrutura e processo.....</b>	<b>27</b>
<b>Quadro 2 – Distribuição dos valores mínimo, máximo, média e desvios padrão dos fatores de estrutura. Fortaleza, 2019 (n=100).....</b>	<b>31</b>
<b>Quadro 3 – Distribuição dos valores mínimo, máximo, média e desvios padrão dos fatores de processo. Fortaleza, 2019 (n=100).....</b>	<b>32</b>
<b>Quadro 4 – Comparação das médias e desvios padrão de estrutura e processo ideal e real. Fortaleza, 2019.....</b>	<b>36</b>
<b>Quadro 5 – Correlação entre as escalas estrutura e processo ideal e real. Fortaleza, 2019.....</b>	<b>36</b>
<b>Quadro 6 – Comparação dos escores e distribuição entre as categorias das variáveis sociodemográficas/ocupacionais e as dimensões de estrutura e processo da EPEA. Fortaleza, 2019.....</b>	<b>37</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
2.1	GERAL.....	19
2.2	ESPECÍFICOS.....	19
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>24</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	24
4.2	LOCAL E CENÁRIO DO ESTUDO.....	24
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	26
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	27
4.6	ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS.....	29
<b>5</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>56</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>65</b>
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL.....	66
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	67
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>68</b>
	ANEXO A – ESCALA DE PREDISPOSIÇÃO A EVENTOS ADVERSOS (EPEA).....	69
	ANEXO B – PARECER DA INSTITUIÇÃO 1.....	70
	ANEXO C – PARECER DA INSTITUIÇÃO 2.....	74

## 1 INTRODUÇÃO

O estudo da segurança do paciente é pauta de interesse das pesquisas na área da saúde em todo o mundo, com enfoque atual em ambientes e fatores que implicam na maior ocorrência de incidentes, como as unidades de terapia intensiva (UTI).

Devido à complexidade dos pacientes, às decisões de alto risco, à variabilidade de capacitação dos profissionais médicos e de enfermagem, dentre outros fatores, estas unidades são reconhecidas como setores mais susceptíveis a episódios de eventos adversos, ou seja, de incidentes que resultam em dano desnecessário ao paciente. Apesar desta vulnerabilidade, as publicações relacionadas à segurança de pacientes sob cuidados intensivos ainda são escassas se considerada a sua importância (NOVARETTI et al., 2014).

No contexto das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTIN e UTIP), especificamente, sabendo-se que estas são destinadas a uma clientela diferenciada e vulnerável, a problemática dos eventos adversos é ainda maior. Isto porque tais unidades demandam cuidados especializados, exigindo da Enfermagem, o domínio cognitivo e analítico de diversas ordens, além de destreza e de habilidade psicomotora (BROERING, 2011).

O trabalho do enfermeiro na UTIP e UTIN exige, portanto, o desenvolvimento de competências nas dimensões da assistência, do gerenciamento e dos recursos da unidade, buscando a prestação do cuidado ampliado e seguro.

Em 2014, Fugulin desenvolveu uma pesquisa com a finalidade de avaliar o trabalho da equipe de enfermagem em UTIP e evidenciou a necessidade das enfermeiras e das instituições reverem seus processos de trabalho, buscando concentrar esforços para disponibilizar mais tempo à execução das atividades profissionais específicas, aumentando, conseqüentemente, a motivação dos trabalhadores, a qualidade da assistência e a produtividade da equipe de enfermagem.

Esse estudo analisou, ainda, a correlação entre tempo médio de assistência de enfermagem e indicadores de qualidade assistencial em UTIP e UTIN, tendo identificado que, apesar do tempo médio de assistência de enfermagem destinado aos pacientes corresponder ao preconizado (17,9 horas), havia percentual de enfermeiros menor que o indicado. A correlação entre tempo de assistência de

enfermagem e o indicador “saída não-planejada de sonda oro/nasogastroenteral” indicou que a disponibilidade de tempo influencia as notificações ou subnotificações desses eventos (VIEIRA; GARCIA; FUGULIN, 2016).

A qualidade do cuidado tem sido avaliada por meio do indicadores de resultado, que avaliam o êxito de um cuidado de enfermagem baseando-se na não ocorrência do evento adverso. Contudo, deve ser levado em consideração que as condições ideais de trabalho, baseadas nos fatores de estrutura e de processos, resultam na qualidade desse cuidado dispensado pelos profissionais de saúde nas UTI (LOBÃO; MENESES, 2013).

Essas condições se originaram a partir das recomendações nacionais e internacionais de promoção da qualidade e segurança do paciente em UTI e os riscos e benefícios decorrentes da possibilidade do erro humano na assistência de enfermagem direta ao paciente (LOBÃO; MENEZES, 2013).

Desse modo, a percepção que os profissionais de saúde têm acerca do seu ambiente de trabalho, tanto na estrutura como nos processos, pode influenciar em suas atitudes de enfrentamento dessas condições e, dessa forma, na predisposição da ocorrência do evento adverso. É preciso analisar e compreender essas percepções e criar estratégias para que não afetem a segurança do paciente (LOBÃO; MENEZES, 2013) .

Assim, faz-se necessário o estudo sobre os fatores que podem predispor a ocorrência do evento adverso e a atitude de enfrentamento dos profissionais de enfermagem frente a esses eventos e como influenciam a segurança do paciente em UTIP e UTIN.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, sendo dano compreendido como o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo ser físico, social ou psicológico (WHO, 2014).

Por sua vez, eventos adversos (EA) são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base. Afetando em média 10% das admissões hospitalares, constituem atualmente um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde: a sua presença reflete o marcante distanciamento

entre o cuidado ideal e o cuidado real. Quando decorrentes de erros, são denominados EA evitáveis. Cabe ressaltar que 50% a 60% dos EA são considerados passíveis de prevenção. Em geral, a ocorrência destes eventos inesperados não acarreta danos importantes aos pacientes e, entretanto, a incapacidade permanente e óbito podem ocorrer (WHO, 2014).

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (EUA) identificou a ocorrência de eventos adversos durante a prestação de cuidados de saúde como a oitava principal causa de morte no país. Um número significativo desses eventos é evitável, porque eles acumulam erros humanos de origens sistêmicas. Além disso, a maioria desses erros ocorre devido à complexidade dos cuidados envolvidos, variação considerável na qualificação e quantidade de profissionais de saúde disponíveis, diversidade de procedimentos, deficiências em infraestrutura e gerenciamento e principalmente decorrentes de falhas em sistemas de atividades que ignoram o ser humano como fator na concepção e realização dessas ações (MONTEIRO, 2015).

No Brasil, estudo realizado em duas UTI de hospitais públicos detectou que, aproximadamente, 78% dos incidentes sem lesão e de eventos adversos em pacientes foram relacionados à Enfermagem. Essas complicações atribuídas à sobrecarga de trabalho aumentaram o tempo de internação dos pacientes estudados. Demonstrou-se, ainda, que a sobrecarga de trabalho de enfermagem esteve também associada a um aumento de risco de mortalidade dos pacientes nas UTI avaliadas (NOVARETTI et al., 2014).

Nesse contexto, a OMS afirma que a segurança pode ser alcançada por meio de três ações complementares: evitar a ocorrência dos eventos adversos, torná-los visíveis se ocorrerem e minimizar seus efeitos com intervenções eficazes (WHO, 2014).

Embora os EA possam acontecer em qualquer setor da assistência à saúde, pacientes de UTIP e UTIN são particularmente mais vulneráveis a essas complicações.

A complexidade da assistência destinada a essa clientela, o arsenal terapêutico e a tomada de decisão nas urgências pediátricas tornam o ambiente mais propício a um desgaste da equipe de enfermagem. Diante de tal vulnerabilidade, é cada vez mais crescente o número de publicações relacionadas à segurança de pacientes submetidos a cuidados intensivos (MARCIA et al., 2014).



Estudo realizado em três hospitais de ensino do Rio de Janeiro identificou incidência de 7,6% de pacientes afetados por EA, dos quais 66,7% eram evitáveis. A ocorrência desses eventos causa danos aos pacientes e aumenta o tempo de permanência, mortalidade e custo hospitalar. Por meio desse estudo, ficou evidente que os EA evitáveis representam um sério problema para o cuidado hospitalar no Brasil, e que este cenário pode ser modificado por ações que não requerem demasiada complexidade tecnológica (MENDES, 2012).

Apesar do interesse crescente pela segurança do paciente, alguns fatores são frágeis na conscientização do problema. É frequente a tendência de se procurar um culpado pelo erro mediante a ocorrência de um EA. A excessiva preocupação com a confidencialidade da informação, somada ao receio da responsabilização profissional, associados aos escassos e frágeis registros nas organizações de saúde, prejudicam a visibilidade e a análise pormenorizada dos EA.

Nesta conjuntura de segurança e prevenção de EA, a equipe de enfermagem enfrenta desafios para atender às demandas dos pacientes, a fim de alcançar a excelência da qualidade assistencial. Estes profissionais são os mais envolvidos nesse processo, uma vez que interagem diretamente com o paciente, atendendo as políticas institucionais e colaborando no processo de gestão da qualidade do serviço (ROCHA, 2013).

Existem inúmeros fatores que podem interferir no tempo dispensado pela equipe de enfermagem para realizar as atividades de sua responsabilidade, quer estejam diretas ou indiretamente ligadas a assistência com o paciente, como o grau de dependência, a complexidade da sua doença, as características da instituição, os processos de trabalho, os indicadores de qualidade, a estrutura física e o perfil dos profissionais da equipe (CAMUCI, 2014).

Brown et al. (2008) incorporaram, no modelo da tríade estrutura – processo– resultado, a influência do comportamento humano e dos conceitos de cultura e clima de segurança. Os autores consideram que, para melhorar a segurança do paciente, faz-se necessário um acúmulo de conhecimentos provenientes da pesquisa clínica e das ciências cognatas, como a Sociologia, Psicologia, Estudos Organizacionais, Ergonomia e Educação. A capacidade de relatar, analisar, sistematizar e aprender com as experiências e com os erros constitui desafio a ser vencido, e relaciona-se estreitamente com a cultura de segurança da organização (REIS, 2013).

Estudo aponta que pouco se sabe sobre a incidência e o impacto financeiro de eventos adversos associados ao atendimento de crianças, o que é uma justificativa para o presente estudo. Os pesquisadores caracterizaram a epidemiologia e a utilização de recursos associados a esses eventos usando definições validadas da população adulta, e encontraram como os eventos adversos mais comuns em crianças: transfusões (30% de todos os eventos), complicações de feridas (15%) e eventos associados ao acesso central (11%) (TOWNSEND et al., 2010).

Atuando como profissional de uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital da rede pública, percebemos que muitos fatores desencadeiam uma rotina de trabalho estressante, ainda cercada por uma cultura punitiva. Pesquisando sobre qualidade no ambiente hospitalar, verificou-se que a maioria das publicações envolve a segurança do paciente, a prevenção de eventos adversos, mas pouco se fala sobre a qualidade do ambiente do profissional e quais os fatores que mais predisõem a ocorrência do evento adverso; e, menos ainda, é discutido sobre a percepção dos profissionais e sua atitude diante desses fatores.

Entre os estudos encontrados, destaca-se o trabalho de Lobão (2016), que elaborou e validou a Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos (EPEA), cujo objetivo é a avaliação da atitude dos enfermeiros frente às condições que predisõem a ocorrência de eventos adversos em UTI. Optou-se pela utilização dessa escala na presente pesquisa em virtude de não haver pesquisas com dados de sua aplicação em outros cenários e contextos e, ainda, por se adequar ao nosso ambiente de trabalho, contexto da investigação.

Diante do exposto, questiona-se: Quais são atitudes de enfermeiros e técnicos de enfermagem diante dos fatores de estrutura e processo que podem predispor a eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal?

O interesse pela temática foi motivado pelas poucas evidências sumarizadas e/ou integradas acerca dos fatores que interferem na qualidade no ambiente de trabalho da enfermagem e sua relação com a segurança do paciente pediátrico em terapia intensiva. Assim, pretende-se construir conhecimentos capazes de subsidiar o delineamento da produção científica e fornecer elementos para as práticas assistenciais, de gerenciamento e de ensino da enfermagem pediátrica.

Em nossa vivência profissional, há 18 anos, atuando como enfermeira assistencial, tivemos a oportunidade de presenciar situações que poderiam e até chegaram a desencadear um evento adverso. Vários fatores podem influenciar a rotina de trabalho da enfermagem, e é esse o foco de tal pesquisa: reconhecer a atitude dos profissionais (enfermeiros e técnicos) mediante fatores que predisõem a ocorrência de um evento adverso.

O presente estudo tem como intuito contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem prestada a crianças e recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva, bem como instituir práticas seguras como medidas preventivas na redução de eventos adversos evitáveis.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Analisar atitudes de enfermeiras e técnicas de enfermagem diante dos fatores de estrutura e processo que podem predispor a eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- a) Descrever as características sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais de enfermagem das unidades em estudo;
- b) Avaliar as atitudes dos participantes frente aos fatores que podem predispor a ocorrência de eventos adversos;
- c) Verificar a associação entre variáveis demográficas e ocupacionais e as atitudes frente aos fatores predisponentes a eventos adversos.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A saúde é um direito com valor reconhecido, de dever do Estado e amparado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que ainda necessita de consolidação em toda sua abrangência. Nesse contexto, a Enfermagem, como a maior força de trabalho no ambiente hospitalar, vem reunindo esforços para a prevenção de danos aos pacientes em todos os cenários de prática, principalmente na UTI.

O avanço tecnológico possibilitou a criação de novas especialidades na saúde e evolução dos cuidados médicos e de enfermagem. Neste cenário situa-se a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica (UTIN/UTIP) que teve seu início por volta dos anos 60, e atualmente conta com aparato tecnológico e conhecimento científico que permite que recém-nascidos prematuros e criticamente enfermos tenham maior possibilidade de sobrevida.

Entretanto, mesmo com tecnologia avançada e qualificação dos profissionais, as taxas de mortalidade ainda são altas nestas unidades. A busca por medidas de segurança que levem a redução dessas taxas é uma preocupação não apenas no Brasil, mas em todo o mundo.

Especificamente quanto aos cenários de terapia intensiva, há consenso de que os pacientes lá hospitalizados estão mais vulneráveis a eventos adversos em razão de suas características clínicas. Tal afirmação é sustentada por um conjunto de evidências internacionais que sinaliza a prevalência destes eventos nesta clientela. Em um dos estudos, em que foram acompanhados médicos e enfermeiras de UTI pelo período de um ano, obteve-se o relato de 390 incidentes relacionados a equipamentos, medicamentos, procedimentos técnicos e administrativos, sendo o erro humano a principal causa (PADILHA, 2015).

Em se tratando da segurança do paciente em unidades de neonatologia, essa discussão torna-se essencial, pois as crianças são mais suscetíveis à ocorrência de incidentes pelas suas particularidades e vulnerabilidades.

Nesse ambiente, em que os neonatos frequentemente são expostos a longos períodos de internação, inúmeras intervenções por diferentes profissionais, manipulação excessiva, procedimentos invasivos, tecnologias e equipamentos complexos, todos esses fatores, podem contribuir para a quebra da segurança. No Brasil, em pesquisa realizada em Recife, 84% dos recém-nascidos internados na

UTIN tiveram EA. Os distúrbios de termorregulação e de glicemia foram os mais frequentes. O estudo mostrou que, dos 218 neonatos admitidos em um período de cinco meses, 183 sofreram eventos adversos, o que corresponde a uma taxa de 2,6 eventos adversos para cada paciente durante um período médio de internação de 13,5 dias (VENTURA; ALVES; MENEZES, 2012).

A ocorrência de EA evitáveis representa um problema de qualidade na assistência, responsável pelo aumento dos custos monetários e sociais, geradores de sofrimento ao paciente, seus familiares e ao profissional envolvido. Os EA representam uma preocupação internacional e a Organização Mundial da Saúde (OMS) busca desenvolver metodologias para a sua detecção. Acredita-se que a incidência de EA varie de 2,9 a 16,6 a cada 100 pacientes admitidos nos hospitais (MENDES et al., 2005).

Um estudo realizado em uma UTIN nos Estados Unidos da América (EUA) apontou incidentes em 74% dos pacientes internados. Os incidentes mais frequentes foram: infiltrações de cateter intravenoso, infecções associadas ao cuidado em saúde (IACS), extubações acidentais, hemorragias intraventriculares e ruptura da pele. Estas situações estão associadas ao aumento da permanência hospitalar e a danos, muitas vezes permanentes (SHAREK et al., 2006).

Na incessante busca pela melhoria da qualidade da assistência, as instituições vêm incorporando o controle da qualidade à rotina da enfermagem, baseado em avaliações sistematizadas do cuidado que podem ser realizadas por meio da utilização de indicadores, em especial os de resultado, que evidenciem sua evolução ao longo do tempo e possam servir de mensuração para referenciais de excelência (GABRIEL, 2011).

A busca pela excelência na assistência do cuidado prestado envolve toda a equipe de enfermagem. Em estudos aplicados na área, pesquisadores abordam os indicadores de saúde como ferramenta fundamental para a gestão dos serviços e avaliação dos sistemas de saúde. Nesse sentido, é possível observar que os indicadores se dividem em dois principais eixos que incorporam dispositivos assistenciais e dispositivos gerenciais (ROSSANEIS, 2014).

Entretanto, a maioria dos indicadores utilizados no gerenciamento dos serviços de enfermagem são os institucionais e os específicos da enfermagem relacionados à assistência direta aos pacientes.

Os indicadores gerenciais em relação à gestão de pessoas em saúde e

enfermagem não têm sido adotados e isso pode contribuir desfavoravelmente para que os ligados diretamente ao paciente não sejam alcançados em sua máxima potencialidade (ROSSANEIS, 2014).

Os ambientes que apoiam a prática profissional de enfermagem têm associação direta com uma boa qualidade na assistência do cuidado. Esses grandes efeitos sugerem que a variação nos ambientes garante a atenção dos líderes de enfermagem, médicos e hospitalares para alcançar uma qualidade de atendimento mais segura e melhor para esses pacientes. Os mecanismos que ligam estes ambientes aos resultados reforçam a motivação e os esforços de gestão para melhorar os indicadores de qualidade da assistência, contribuindo substancialmente nos resultados esperados.

A equipe de enfermagem é um polo expressivo de demanda de profissionais no ambiente hospitalar e tem papel central na qualidade assistencial prestada a pacientes, cada vez mais complexos e exigentes.

A Associação Americana de Enfermeiros de Cuidados Críticos (AACN) continua a liderar o seu papel na defesa da necessidade fundamental de ambientes de trabalho saudáveis, não só em níveis de alta complexidade e cuidados intensivos, mas em todos os tipos de atenção à saúde. Os padrões de ambiente de trabalho saudáveis da AACN afirmam que trabalhar adequadamente as questões que envolvem relacionamentos são a chave para tratar a epidemia de eventos adversos aos pacientes e a erosão contínua da linha de fundo nos cuidados de saúde (NOVARETTI, 2014).

Em 2005, a AACN divulgou uma publicação histórica especificando esses padrões: comunicação qualificada, colaboração, tomada de decisão efetiva, reconhecimento pessoal significativo e liderança autêntica, que são necessários para estabelecer e manter ambientes de trabalho saudáveis na área de saúde. Mesmo depois de tanto tempo esses padrões estabelecidos ainda não estão consolidados no ambiente da enfermagem (MONTEIRO, 2015).

Diante do exposto, vê-se a necessidade de se avaliar a relação existente entre os fatores que predisõem a ocorrência de eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva e a resposta de enfrentamento dos enfermeiros em sua atividade laboral diante de um erro.

É fundamental manter um foco implacável na garantia de ambientes de trabalho saudáveis para reter enfermeiros em áreas de alta complexidade e cuidados críticos e, em última análise, melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes e suas famílias.

Sem implementar as mudanças fundamentais na cultura que são necessárias para um ambiente de trabalho saudável, a segurança dos pacientes não será efetivamente alcançada e sustentada.



## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo transversal e analítico. O estudo transversal tem como objetivo verificar uma situação experimentada em algum momento por uma população dentro da sua realidade, reproduzindo essa situação. Este tipo de estudo traz a possibilidade de verificar uma associação em seu primeiro momento (ARAGÃO, 2011).

A pesquisa analítica é o tipo de pesquisa quantitativa que inclui uma avaliação mais detalhada das informações coletadas em um estudo escolhido, observacional ou experimental, na tentativa de esclarecer o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo, grupos ou população (FONTELLES et al., 2009).

### 4.2 LOCAL E PERÍODO

A pesquisa foi realizada em dois hospitais da rede pública estadual de saúde do Ceará, referências no atendimento a crianças e neonatos criticamente doentes.

O Hospital 1 apresenta 417 leitos, sendo considerado referência em Cardiologia e Pneumologia. Conta com duas unidades de terapia intensiva pediátrica, em um total de 17 leitos, sendo 8 leitos na UTI pós operatória e 9 leitos na UTI pré-operatória. Estes leitos são destinados a neonatos e crianças referenciados pela Secretaria de Saúde do Estado para todos os estados das regiões norte e nordeste do país.

O Hospital 2 trata-se de hospital de referência em atendimento de alta complexidade de cirurgia neonatal, cardíaca, neurológica, ortopédica, modelo no atendimento do câncer infantil no Brasil desde 1998, pelo Ministério da Saúde. Sua unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) consta de 12 leitos e a unidade de médio risco concentra 22 leitos.

O período da coleta dos dados incluiu os meses de janeiro a abril de 2019.

### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem das respectivas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica dos dois hospitais, que correspondem a, aproximadamente, 286 profissionais (200 do Hospital 1 e 86 do Hospital 2).

Para o cálculo da amostra, utilizou-se a fórmula da população finita:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Onde:

Intervalo de confiança de 95% - Z= 1,96

Quantidade de acerto esperado (P=50%)

Quantidade de erro esperado (Q=50%)

População total (N=286)

Percentual de precisão (e=5%)

Assim, aplicando-se a fórmula, estimou-se a amostra do estudo em 164 profissionais.

Para a coleta dos dados, adotou-se a amostragem por conveniência, distribuindo-se questionários aos profissionais que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ser trabalhador de enfermagem em função assistencial na unidade há, pelo menos, seis meses. Foram excluídos os que estavam de férias ou de licença/afastados no período da coleta de dados.

Os questionários foram autoaplicados e esperado um tempo de retorno para resgate dos instrumentos preenchidos, a critério dos participantes. A maioria optou por responder à escala no momento da abordagem, porém alguns pediram para entregar posteriormente, o que possivelmente influenciou em não atingir a amostra previamente estimada, já que não devolveram preenchidos no prazo acordado.

Portanto, ao final do período de coleta dos dados, chegou-se a um total de 100 participantes, o que corresponde a 61% da amostra calculada para o estudo.

#### 4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Na busca de responder aos objetivos específicos da presente pesquisa, foram adotadas como variáveis preditoras: características demográficas e ocupacionais dos enfermeiros, levantadas por questionário sociodemográfico e profissional; e, como variável de desfecho, foi considerada a predisposição à ocorrência de eventos adversos na unidade segundo avaliada pelos enfermeiros na Escala de Predisposição a Eventos Adversos – EPEA.

O Questionário sociodemográfico e profissional (APÊNDICEA) reunia as seguintes variáveis: sexo, idade, tempo de atuação na Enfermagem, tempo de atividade no serviço, titulação, quantidade de empregos, carga horária semanal de trabalho e tipo de vínculo empregatício, turno que trabalha.

A Escala de Predisposição a Eventos Adversos (EPEA) (ANEXO A) é uma escala do tipo Likert de concordância, resultante do processo de análise de componentes principais (ACP), contendo dois fatores que buscam avaliar as atitudes dos enfermeiros sobre os aspectos da estrutura e processos que podem comprometer a qualidade do cuidado de enfermagem em UTI, tendo como indicador de resultado o evento adverso (EA). Contém 46 itens agrupados em duas dimensões: estrutura (12 itens) e processo (34 itens) (LOBÃO, 2012).

A EPEA avalia o nível de importância que os enfermeiros atribuem aos aspectos da estrutura e processo (nível ideal), bem como a percepção sobre a existência desses aspectos no seu ambiente de trabalho (nível real), os quais podem comprometer a qualidade do cuidado de enfermagem em UTI (LOBÃO; MENEZES, 2013).

A dimensão estrutura corresponde aos insumos, recursos físicos e financeiros, localização geográfica, equipamentos, acessibilidade e a qualificação/especialização da mão de obra que possibilitam a prestação do serviço. A dimensão processos trata da execução de ações mediante um conjunto pressuposto de critérios, regras, padrões, procedimentos e protocolos, a partir de uma imagem objetivo, para alcançar a melhor assistência (LOBÃO, 2012).

Os 46 itens da escala mostrou-se confiável, ao demonstrar, em face dos resultados obtidos por meio da análise psicométrica, que apresenta boa correlação (consistência interna) entre seus diferentes itens (LOBÃO; MENEZES, 2013).

Os participantes pontuam cada um dos itens que descrevem a predisposição da ocorrência dos eventos adversos durante o cuidado de Enfermagem na UTI. A escala possui duas colunas, sendo a primeira indicando o nível em que considera que o item expressa algo importante e que deverá existir em sua organização (Coluna Ideal) e, em seguida, a segunda, avaliando o quanto tal característica existe na UTI onde trabalham (Coluna Real).

#### 4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados e armazenados em planilha eletrônica do sistema Excel® 2010 e analisados por meio do Software estatístico IBM SPSS Statistics 23.0.

Utilizou-se utilizada estatística descritiva com frequência simples e percentual para os dados categóricos, e média e desvio padrão para os dados quantitativos contínuos.

Para analisar os escores da EPEA, foram consideradas a média e o desvio padrão para cada questão nas categorias IDEAL e REAL. Além disso, por possuir duas escalas politômicas (graduadas) paralelas (ideal e real) para cada item, o primeiro passo constou da ordenação dos itens segundo as duas escalas distintas. O passo seguinte foi a construção das variáveis dif\_est\_“x” (x= 1 a 12) e dif\_proc\_“x” (x= 13 a 46), para os itens das escalas estrutura e processo, respectivamente, que representam a diferença dos resultados entre o ideal e o real para cada um dos itens das abordagens. Dessa forma, os escores totais puderam ser obtidos para cada indivíduo através da soma dos escores de cada item (LOBÃO; MENEZES, 2017).

Com o objetivo de uniformizar os procedimentos de correção, pontuação e atribuição de significado aos escores obtidos pelos sujeitos e possibilitar a comparação entre os escores do mesmo indivíduo em diferentes momentos ou entre diferentes pessoas quanto a uma determinada característica, foi realizada a normatização da EPEA. Esse passo metodológico envolve o desenvolvimento de critérios para interpretação dos resultados obtidos, proporcionando a atribuição de sentido aos escores obtidos pelos indivíduos, e permite determinar a posição que ele ocupa no traço medido pelo teste que produziu tal escore (LOBÃO; MENEZES, 2017).

Para possibilitar a avaliação do desempenho de indivíduo em termos do desempenho do grupo, foram definidas três faixas percentílicas. Para a composição das faixas percentílicas, utilizou-se a variável média produzida a partir da diferença entre as escalas ideal e real (MEAN\_Dif\_est e MEAN\_Dif\_proc), e a análise do resultado dessas variáveis determina a atitude dos enfermeiros (Atitude\_Enf) sobre as condições que podem predispor ao evento adverso (LOBÃO; MENEZES, 2017).

A definição dos valores associados às faixas percentílicas foi então realizada a partir da frequência acumulada dessa variável. Sendo assim, valores abaixo do percentil 50 representam uma baixa percepção sobre as condições que podem predispor à ocorrência de eventos adversos; entre os percentis 50 e 75, uma média percepção, e acima do percentil 75, uma elevada percepção (Quadro 1).

**Quadro 1 – Faixas percentílicas da normatização da EPEA nas dimensões estrutura e processo.**

<b>Dimensão estrutura</b>		
<b>Nível</b>	<b>Percentil</b>	<b>Escore</b>
Baixa percepção	<50	<1,33
Média percepção	$50 \leq x \leq 75$	$\geq 1,33 < 2$
Alta percepção	$x > 75$	$\geq 2$
<b>Dimensão processo</b>		
<b>Nível</b>	<b>Percentil</b>	<b>Escore</b>
Baixa percepção	<50	<1,41
Média percepção	$50 \leq x \leq 75$	$\geq 1,41 < 1,91$
Alta percepção	$x > 75$	$\geq 1,91$

Fonte: LOBÃO; MENEZES (2017).

Segundo os desenvolvedores da escala, se na avaliação da atitude diante de fatores que podem predispor à ocorrência de eventos adversos em UTI, um enfermeiro obtiver um escore menor que 1,33 para os itens da abordagem estrutura, isso demonstra que ele possui uma baixa percepção das condições estruturais que levam à ocorrência dos eventos adversos durante o cuidado de Enfermagem neste cenário de prática. Já um profissional que obtém um escore maior ou igual a 2 para essa abordagem apresenta uma alta percepção dessas condições, podendo resultar em atitudes proativas que impliquem na adoção de uma cultura voltada para a segurança do paciente em UTI (LOBÃO; MENEZES, 2017).

Para analisar as relações entre as médias das variáveis sociodemográficas e a média da diferença entre as escalas ideal e real para cada item das dimensões estudadas (Atitude\_Enf) foi utilizada a análise de variância (ANOVA), seguida do teste de Tukey. O passo seguinte foi a utilização do teste t de Student para o estudo da diferença entre as médias das variáveis intervalares em relação à atitude dos enfermeiros, considerando-se um nível de significância de 0,05 ( $p < 0,05$ ).

Os dados foram apresentados em quadros e tabelas, e discutidos com base na literatura mais atual e relevante sobre o tema em estudo.

#### 4.6 ASPECTOSÉTICO-LEGAIS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das duas instituições (Instituição 1 – Parecer nº2.953.470/2018 – ANEXO B) e (Instituição 2 – Parecer nº 3.023.603/2018 – ANEXO C), respeitando a Resolução 466/12 nos princípios da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros.

Os participantes foram informados sobre o caráter da pesquisa, explicando-o de forma clara sobre esta, assinando um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Uma cópia deste termo permaneceu com a pesquisadora e a outra via com o participante a fim de que soubesse os objetivos, riscos, benefícios e os aspectos envolvidos na pesquisa.

Os riscos incluíram aspectos emocionais, uma vez que se entende que a compreensão do objeto de estudo traz à tona questões estressantes para a equipe, pois envolvem avaliar o serviço em que atuam. Os participantes tiveram a plena liberdade de interromper sua contribuição quando não desejaram em situações de desconforto emocional; a pesquisadora esteve sensível a essas reações.

Ressalta-se que estas informações serão encaminhadas à instituição para que faça parte do seu planejamento de ações, medidas relacionadas à melhoria da qualidade do cuidado a esta clientela.

## 5 RESULTADOS

A Tabela 1 reúne os dados relacionados ao perfil sócio demográfico e laboral das enfermeiras e técnicas de enfermagem participantes do estudo.

**Tabela 1 – Distribuição do número de participantes segundo variáveis sociodemográficas e profissionais (n=100). Fortaleza, 2019**

Variável	n	%	Média	DP
<b>Idade</b>			<b>37,4</b>	<b>9,2</b>
22 - 29	22	22,0		
30 - 39	39	39,0		
40 - 49	28	28,0		
50 - 64	11	11,0		
<b>Estado Civil</b>				
Casada	32	32,0		
Não casada	68	68,0		
<b>Categoria profissional</b>				
Enfermeira	42	42,0		
Técnica de enfermagem	58	58,0		
<b>Tempo de formação (anos)</b>			<b>11,1</b>	<b>7,9</b>
1 - 4	15	15,0		
5 - 9	43	43,0		
10 - 19	21	21,0		
20 - 44	21	21,0		
<b>Tempo de atividade no serviço (anos)</b>			<b>7,9</b>	<b>6,8</b>
1 - 4	32	32,0		
5 - 9	37	37,0		
10 - 14	19	19,0		
15 - 44	12	12,0		
<b>Tempo de atuação na área Pediátrica/Neonatal (anos)</b>			<b>7,4</b>	<b>5,9</b>
1 - 4	37	37,0		
5 - 9	33	33,0		
10 - 14	21	21,0		
15 - 34	9	9,0		
<b>Número de empregos</b>				
Apenas 1	51	51,0		
2 ou mais	49	49,0		
<b>Carga horária semanal de trabalho</b>			<b>52,7</b>	<b>14,9</b>
20 - 40	27	27,0		
41 - 60	51	51,0		
61 - 96	22	22,0		
<b>Hospital</b>				
1	36	36,0		
2	64	64,0		
<b>Unidade</b>				
UTI Pediátrica (Hospital 1)	38	38,0		
UTI Pós-operatória (Hospital 1)	24	24,0		
Unidade Neonatal de Médio Risco (Hospital 2)	22	22,0		
UTIN (Hospital 2)	16	16,0		
<b>Tipo de vínculo empregatício</b>				
Servidor Público	68	68,0		
Cooperativa	32	32,0		

Fonte: Elaborada pela Autora.

A equipe de enfermagem participante é em sua totalidade feminina. Este dado demonstra uma tendência da profissão e deve-se a fatores socio-históricos no exercício das atividades que envolvem o ato de cuidar. Além disso, são jovens adultas com vínculo com a instituição, em sua maioria, e que desempenham suas atividades em elevadas cargas horárias de trabalho. Ressalta-se um percentual de 22% de profissionais com carga horária superior a 61 horas semanais de trabalho.

Analisando o tempo de formação, verificou-se a participação de profissionais com 1 a 44 anos de formados, demonstrando a possibilidade de encontrar tanto profissionais com pouca experiência para lidar com situações específicas e cuidados críticos, quanto aqueles com experiência e vivência na profissão, possibilitando o desenvolvimento de habilidades, segurança e experiência para tomada de decisões.

Cabe destacar a participação da maioria de técnicas de enfermagem, com mais de um emprego e representando equitativamente as quatro unidades investigadas.

No que diz respeito aos resultados da aplicação da EPEA, A Tabela 2 reúne os achados do nível de percepção dos participantes quanto aos fatores predisponentes à ocorrência de eventos adversos nas unidades de trabalho.

**Tabela 2 – Distribuição do número de participantes segundo o nível de percepção dos fatores de estrutura e processo predisponentes à ocorrência de eventos adversos nas unidades investigadas. Fortaleza, 2019 (n=100)**

Nível de percepção	Dimensão Estrutura		Dimensão Processo	
	n	%	n	%
Baixa	43	43,0	51	51,0
Média	35	35,0	27	27,0
Alta	22	22,0	22	22,0

Fonte: Elaborada pela Autora.

A análise da atitude dos enfermeiros perante fatores que podem predispor à ocorrência dos eventos adversos nas unidades revelou que, em relação às dimensões estrutura e processo, a maioria dos profissionais demonstrou média a baixa percepção destes fatores (78%), havendo mais dificuldade de percepção na dimensão processo.

O Quadro 2 reúne os valores mínimo, máximo, médias e desvios padrão de todas as assertivas da EPEA na dimensão Estrutura.



**Quadro 2 – Distribuição dos valores mínimo, máximo, média e desvios padrão dos fatores de estrutura. Fortaleza, 2019 (n=100)**

<b>Assertiva</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>Média</b>	<b>DP*</b>
<b>1. Iluminação adequada para a execução das atividades.</b>				
Ideal	1	5	4,73	0,73
Real	1	5	3,37	1,39
<b>2. Distribuição dos leitos de forma que favoreça a visualização direta dos pacientes internados.</b>				
Ideal	1	5	4,80	0,63
Real	1	5	3,53	1,32
<b>3.Capacitação permanente da equipe de enfermagem no uso dos equipamentos biomédicos</b>				
Ideal	2	5	4,80	0,51
Real	1	5	3,49	1,04
<b>4.Disponibilidade no posto de enfermagem de manual de normas, rotinas e procedimentos atualizados anualmente</b>				
Ideal	1	5	4,72	0,74
Real	1	5	3,58	1,22
<b>5.Dispor de padronização de soluções e diluição de drogas</b>				
Ideal	3	5	4,89	0,39
Real	1	5	4,39	0,95
<b>6.Dispor de cateteres, sondas e seringas com dispositivos que previnam conexão incorreta ou desconexão acidental</b>				
Ideal	2	5	4,82	0,53
Real	1	5	3,60	1,31
<b>7.Possuir um formulário próprio para notificação de eventos adversos</b>				
Ideal	4	5	4,95	0,21
Real	1	5	4,21	1,14
<b>8.Dispor de um sistema de monitorização multiparamétrica com acompanhamento através de central no balcão de enfermagem</b>				
Ideal	1	5	4,85	0,57
Real	1	5	2,78	1,59
<b>9.Dispor de dispensadores de álcool gel entre os leitos e na entrada da UTI</b>				
Ideal	3	5	4,92	0,30
Real	1	5	4,70	0,82
<b>10.Dispor de equipos de cores diferentes de acordo com a finalidade</b>				
Ideal	1	5	4,89	0,54
Real	1	5	3,96	1,40
<b>11.Dispor de uma comissão de educação permanente</b>				
Ideal	1	5	4,84	0,56
Real	1	5	3,62	1,27
<b>12.Dispor de um programa de qualidade do cuidado no hospital</b>				
Ideal	1	5	4,77	0,70
Real	1	5	3,28	1,35

\*DP: Desvio padrão.

Fonte: Elaborada pela Autora.

Verifica-se que a maioria dos itens de estrutura obteve avaliações bem distintas entre ideal e real, segundo avaliação das participantes quanto à presença destes nas suas unidades de trabalho. Porém, alguns aspectos destacaram-se como de maior divergência (ideal x real), como os relacionados a: iluminação adequada; distribuição dos leitos que favoreça a visualização direta dos pacientes; disponibilidade de manual de normas e rotinas atualizado anualmente; disponibilidade de cateteres, sondas e seringas e dispositivos que previnam conexão incorreta ou desconexão acidental; sistema de monitorização multiparamétrica com acompanhamento através de central no balcão de enfermagem; equipos de cores diferentes; educação permanente e programa de qualidade no hospital.

Os itens melhor avaliados na prática real das participantes envolveram a presença de dispensadores de álcool gel na unidade, formulários para notificação de eventos adversos e padronização de soluções e diluição de drogas. Já os piores avaliados foram: sistema de monitorização multiparamétrica com acompanhamento através de central no balcão de enfermagem, dispor de equipos de cores diferentes de acordo com a finalidade e de um programa de qualidade do cuidado no hospital.

O Quadro 3 reúne os valores mínimo, máximo, médias e desvios padrão de todas as assertivas da EPEA na dimensão Processo.

**Quadro 3 – Distribuição dos valores mínimo, máximo, média e desvios padrão dos fatores de processo. Fortaleza, 2019 (n=100)** (Continua)

Assertiva	Mín	Máx	Média	DP*
<b>1. Estimular a equipe de enfermagem a notificar a ocorrências de eventos adversos</b>				
Ideal	3	5	4,84	0,42
Real	1	5	3,51	1,31
<b>2.Utilização do indicador de incidência de úlcera por pressão</b>				
Ideal	4	5	4,95	,219
Real	1	5	3,73	1,37
<b>3.Higienizar as mãos</b>				
Ideal	3	5	4,98	0,20
Real	2	5	4,54	0,82
<b>4.Gerenciamento de risco de acordo com um protocolo específico (Ex: RDC-07-2010)</b>				
Ideal	1	5	4,84	0,58
Real	1	5	3,71	1,26
<b>5.Sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária e identificada por paciente</b>				
Ideal	1	5	4,85	0,59
Real	1	5	3,16	1,57
<b>6.Utilizar checklists (montagem de leitos, passagem de plantão e pendência de exames diagnósticos)</b>				

(Continuação)

Ideal	2	5	4,82	0,53
Real	1	5	3,67	1,32
<b>7.Utilizar no mínimo dois identificadores para identificação do paciente (nome e data de nascimento)</b>				
Ideal	1	5	4,86	0,69
Real	1	5	4,40	0,99
<b>8.Monitorização frequente do paciente analisando a compatibilidade com os dados obtidos pelos monitores multiparamétricos</b>				
Ideal	2	5	4,92	0,36
Real	1	5	4,10	1,15
<b>9.Identificar equipos com o rótulo das soluções e data de troca (soluções, sedação e drogas vasoativas)</b>				
Ideal	3	5	4,94	0,31
Real	1	5	4,68	0,80
<b>10.Identificar bombas de infusão (soluções, sedação e drogas vasoativas)</b>				
Ideal	3	5	4,96	0,24
Real	1	5	4,50	1,04
<b>11.Utilizar índice de gravidade ou índice prognóstico: valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente (Ex: APACHE 2)</b>				
Ideal	2	5	4,84	0,50
Real	1	5	3,18	1,52
<b>12.Utilizar protocolos clínicos baseados em evidência (Ex: extubação e desmame da VM)</b>				
Ideal	3	5	4,90	0,38
Real	1	5	3,73	1,43
<b>13.Não utilizar siglas que possibilitem interpretação abímgua (Ex: IU X IV)</b>				
Ideal	1	5	4,64	1,04
Real	1	5	3,57	1,35
<b>14.Utilizar o indicador de incidência de extubação acidental</b>				
Ideal	1	5	4,82	0,57
Real	1	5	3,90	1,27
<b>15.Utilizar o indicador de incidência de queda do leito</b>				
Ideal	1	5	4,85	0,62
Real	1	5	3,73	1,45
<b>16.Utilizar a escala de sedação de Ramsay ou RASS</b>				
Ideal	1	5	4,79	0,62
Real	1	5	3,03	1,56
<b>17.Aplicar protocolos para identificação de pacientes com identidade desconhecida, comatosos, confusos ou sob sedação</b>				
Ideal	4	5	4,85	0,35
Real	1	5	3,25	1,54
<b>18.Aplicar as etapas da SAE</b>				
Ideal	4	5	4,92	0,27
Real	1	5	3,98	1,39
<b>19.Utilizar a dor como 5º sinal vital</b>				
Ideal	1	5	4,80	0,68
Real	1	5	3,42	1,53
<b>20.Utilizar a escala de avaliação de risco de queda (Ex: escala de Morse)</b>				
Ideal	1	5	4,73	0,79
Real	1	5	3,00	1,60
<b>21.Utilizar a escala de coma de Glasgow</b>				
Ideal	1	5	4,63	0,90
Real	1	5	3,25	1,43

(Conclusão)

<b>22.Utilizar escala de avaliação da intensidade da dor</b>				
Ideal	1	5	4,84	0,64
Real	1	5	3,49	1,50
<b>23.Utilizar a escala de Braden no diagnóstico de risco para o desenvolvimento de úlcera por decúbito</b>				
Ideal	1	5	4,87	0,54
Real	1	5	3,53	1,47
<b>24.Discussão clínica diária dos quadros clínicos dos pacientes entre os enfermeiros assistenciais e a coordenação de enfermagem da UTI</b>				
Ideal	3	5	4,93	0,29
Real	1	5	3,71	1,40
<b>25.Realizar mudança sistemática de decúbito a cada 2 horas nos pacientes com Braden &lt;17</b>				
Ideal	1	5	4,90	0,46
Real	1	5	4,17	1,18
<b>26.Utilizar protocolo de dupla-verificação para a administração de medicamentos</b>				
Ideal	1	5	4,87	0,61
Real	1	5	4,37	1,19
<b>27.Proteger a pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento</b>				
Ideal	1	5	4,85	0,60
Real	1	5	4,34	0,98
<b>28.Utilizar protocolo de insulino-terapia</b>				
Ideal	1	5	4,76	0,76
Real	1	5	3,08	1,48
<b>29.Utilizar protocolo de banho no leito para paciente em ventilação mecânica</b>				
Ideal	1	5	4,84	0,64
Real	1	5	3,99	1,37
<b>30.Utilizar protocolo de banho no leito para paciente em uso de droga vasoativa</b>				
Ideal	2	5	4,85	0,55
Real	1	5	3,65	1,45
<b>31.Utilização criteriosa de contenção mecânica em caso de agitação psicomotora</b>				
Ideal	1	5	4,63	0,89
Real	1	5	3,65	1,47
<b>32.Infusão de hemoderivado em via exclusiva ou com o SF 0,9%</b>				
Ideal	3	5	4,89	0,37
Real	1	5	4,19	1,21
<b>33.Utilizar o indicador de incidência de não conformidade na administração de medicações</b>				
Ideal	2	5	4,87	0,46
Real	1	5	3,93	1,32
<b>34.Utilizar o indicador de incidência de infecção hospitalar</b>				
Ideal	4	5	4,96	0,19
Real	1	5	4,36	0,95

\*DP: Desvio padrão.

Fonte: Elaborada pela Autora.

Analisando os fatores de processo, houve grandes divergências entre real e ideal na avaliação das participantes na maioria dos itens.

Os melhores avaliados na prática real das participantes (médias acima de 4) foram: higienizar as mãos, usar dois identificadores para identificação do paciente, identificação dos equipos com rótulo das soluções e data das trocas, identificação das bombas de infusão, protocolo de dupla checagem na administração de medicamento, proteger a pele e indicador de incidência de infecção hospitalar.

Já os piores itens avaliados incluíram: sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária e identificada por paciente; utilizar índice de gravidade ou índice prognóstico; utilizar a escala de sedação de Ramsay ou RASS; aplicar protocolos para identificação de pacientes com identidade desconhecida, comatosos, confusos ou sob sedação; utilizar a escala de avaliação de risco de queda (Ex: escala de Morse); utilizar a escala de coma de Glasgow; e utilizar protocolo de insulino terapia.

As maiores divergências entre real e ideal ocorreram na avaliação dos itens relacionados a sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária e identificada por paciente; utilizar índice de gravidade ou índice prognóstico; utilizar a escala de sedação de Ramsay ou RASS; aplicar protocolos para identificação de pacientes com identidade desconhecida, comatosos, confusos ou sob sedação; utilizar a escala de avaliação de risco de queda; protocolo de insulino terapia. Este resultado se justifica pelo fato destes fatores serem mais presentes em UTI adulta, portanto, com pouca utilização na realidade investigada.

O Quadro 4 concentra os dados relativos à comparação das médias das duas dimensões nas avaliações REAL e IDEAL, na perspectiva das participantes.

**Quadro 4 – Comparação das médias e desvios padrão de estrutura e processo ideal e real. Fortaleza, 2019**

Itens/dimensão/avaliação	Média	DP	p*
<b>Estrutura (1 a 12)</b>			
Ideal	4,83	0,37	0,000
Real	3,70	0,66	
<b>Processo (1 a 34)</b>			
Ideal	4,83	0,27	0,000
Real	3,77	0,75	
<b>Estrutura e Processo</b>			
Ideal (1 a 12) - Estrutura	4,83	0,37	0,989
Ideal (1 a 34) - Processo	4,83	0,27	
<b>Estrutura e Processo</b>			
Real (1 a 12) - Estrutura	3,70	0,66	0,250
Real (1 a 34) - Processo	3,77	0,75	

\*teste t de student

Fonte: Elaborada pela Autora.

As médias de estrutura ideal e processo ideal foram iguais ( $p=0,969$ ), bem como as de estrutura real e processo real (0,250). Todavia, a média ideal foi maior do que a real, tanto na Estrutura ( $p<0,0001$ ), como no Processo ( $p<0,0001$ ).

O Quadro 5 apresenta a análise da correlação entre as escalas ideal e real.

**Quadro 5 – Correlação entre as escalas estrutura e processo ideal e real. Fortaleza, 2019**

Correlações de amostras emparelhadas		
	Correlação	p-valor
Estrutura ideal (1a12) x Processo ideal (1a34)	0,695	0,000
Estrutura Real (1a12) x Processo Real (1a34)	0,644	0,000

Fonte: Elaborada pela Autora.

Existiu uma correlação linear diretamente proporcional entre a estrutura ideal e o processo ideal ( $p<0,0001$ ) e entre estrutura real e processo real ( $p<0,0001$ ).

O Quadro 6 apresenta a comparação das médias das dimensões estrutura e processo, segundo as características das participantes do estudo.

**Quadro 6 – Comparação dos escores e distribuição entre as categorias das variáveis sociodemográficas/ocupacionais e as dimensões de estrutura e processo da EPEA. Fortaleza, 2019**

Variáveis	Dimensão	Estrutura		Processo	
		Escore	DP	Escore	DP
<b>Cargo</b>					
Enfermeira		1,24	0,72	1,18	0,82
Técnica de Enfermagem		1,02	0,81	0,94	0,79
p-valor*		0,170		0,149	
<b>Estado Civil</b>					
Casada		1,24	0,75	1,16	0,95
Não casada		1,06	0,79	1,00	0,74
p-valor*		0,274		0,350	
<b>Idade</b>					
22 – 29		0,98	0,80	0,83	0,87
30 – 39		1,14	0,63	1,07	0,65
40 – 49		1,33	0,70	1,35	0,91
50 – 64		0,78	1,23	0,64	0,76
p-valor*		0,192		<b>0,040</b>	
<b>Tempo de formação (anos)</b>					
1 – 4		1,03	0,69	0,95	0,77
5 – 9		1,00	0,71	0,92	0,82
10 – 19		1,17	0,60	1,18	0,71
20 – 44		1,37	1,05	1,26	0,91
p-valor*		0,327		0,361	
<b>Tempo de serviço (anos)</b>					
1 - 4		0,89	0,64	0,82	0,65
5 - 9		1,26	0,73	1,11	0,86
10 - 14		1,39	0,73	1,45	0,91
15 - 44		0,85	1,09	0,83	0,67
p-valor*		0,520		0,380	
<b>Tempo de serviço na Neonatologia/pediatria (anos)</b>					
1 - 4		0,86	0,76	0,83	0,64
5 - 9		1,27	0,76	1,16	0,89
10 - 14		1,33	0,72	1,37	0,86
15 - 34		1,14	0,83	0,78	0,81
p-valor*		0,073		0,061	
<b>Carga horária de trabalho semanal</b>					
20 – 40		0,74	2,56	0,18	0,93
41 – 60		0,11	3,29	-0,03	1,01
61 – 96		-1,18	2,85	-0,13	1,04
p-valor*		0,084		0,505	
<b>Unidade</b>					
UTI Pediátrica (Hospital 1)		1,29	0,54	1,08	0,61
UTI Pós-operatória (Hospital 1)		1,02	0,98	0,81	0,61
Unidade Neonatal de Médio Risco (Hospital 2)		0,94	0,79	0,87	0,82
UTIN (Hospital 2)		1,38	0,59	1,52	0,91
p-valor*		0,118		<b>0,007</b>	
<b>Tipo de vínculo empregatício</b>					
Servidor Público		1,06	0,73	0,92	0,80
Cooperativa		1,25	0,86	1,31	0,79
p-valor*		0,254		<b>0,027</b>	

\*pvalor – significância dos testes t de Student para duas amostras e ANOVA para mais de duas amostras.

Fonte: Elaborada pela autora

Analisando as divergências entre os escores atribuídos aos fatores de processo e resultado nas avaliações ideal e real, constatou-se associação estatística significativa entre os fatores de processo e as variáveis faixa etária, unidade de trabalho e vínculo empregatício. Ou seja, em relação à idade, as participantes de 40 a 49 anos manifestaram média percepção dos fatores de processo (média acima de 1,33) em detrimento das mais jovens e mais velhas, que demonstraram baixa percepção. Quanto às unidades, as profissionais de enfermagem da UTIN do hospital 2 mostraram melhor percepção dos fatores de processo, enquanto que as dos demais setores demonstraram baixa percepção. E, no que diz respeito ao vínculo empregatício, os cooperados mostraram melhor percepção dos fatores processuais do que os servidores públicos.



## 6 DISCUSSÃO

O perfil de participantes deste estudo (**Tabela 1**) é um retrato da Enfermagem brasileira, principalmente quanto à predominância de mulheres, pertencentes à categoria de nível médio (técnicas de enfermagem), adultas jovens, com cargas de trabalho elevadas (média de 53 horas de trabalho semanais), e com tempo significativo de experiência na unidade e na área de Pediatria e Neonatologia (médias de 7 anos).

Destaca-se a predominância de participantes com vínculo empregatício estável com a instituição (servidoras públicas), diferentemente do que se encontra nos demais serviços brasileiros.

Outras pesquisas realizadas com a equipe de enfermagem já encontraram resultados semelhantes quanto ao perfil apresentado (AZEVEDO FILHO; RODRIGUES; CIMIOTTI, 2018; BOARETTO et al., 2016; DORIGAN; GUIRARDELLO, 2017; GASPARINO; GUIRARDELLO, 2017; GUIRARDELLO, 2017; NOGUEIRA et al., 2018).

Um fator a ser destacado refere-se à carga de trabalho das enfermeiras e técnicas de enfermagem desenvolvida no âmbito doméstico que, em algumas situações, configura uma dupla ou até tripla jornada. As tarefas domésticas muitas vezes não são valorizadas nos estudos que avaliam o trabalho da categoria, e podem representar uma sobrecarga laboral, contribuindo de forma significativa para o adoecimento físico e mental das trabalhadoras, além de ser um fator de risco à predisposição ao evento adverso nas unidades em que exercem suas funções (MOREIRA et al, 2016).

A sobrecarga de trabalho tem trazido aos profissionais de enfermagem falta de tempo para descansar, lazer, estar com a família, refletir sobre o seu agir profissional e buscar novos conhecimentos. Esta sobrecarga acaba desencadeando um desgaste físico e emocional acentuado, o que interfere em sua prática profissional (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016).

A predominância de profissionais do nível médio, adultas jovens e com mais de um emprego corrobora com os resultados do “Perfil da Enfermagem no Brasil”, que apontou que a categoria está em processo de rejuvenescimento e reúne trabalhadoras em sua maioria técnica de enfermagem e com múltiplos vínculos (MACHADO et al, 2016).

Analisando os achados da percepção das participantes quanto aos fatores predisponentes à ocorrência de eventos adversos na UTI (**Tabela 2**), a baixa percepção dos fatores de estrutura e, principalmente, de processo corroboram com os resultados do estudo dos autores da escala. Estes encontraram 62 profissionais (48,8%) com baixa percepção, 29 (26%) com média percepção e 32 (25,2%) com alta percepção. Quanto à dimensão processo, 61 profissionais (48%) possuíam uma baixa percepção, 31 (24,4 %) uma média percepção e 35 (27,6%) uma alta percepção (LOBÃO; MENEZES, 2017), dados bem próximos aos desta pesquisa.

Ressalta-se que não foram encontrados outros estudos que se utilizaram da EPEA em UTI pediátrica/ neonatal no cenário brasileiro, impossibilitando comparações e análises mais fidedignas.

Compreende-se, portanto, que os fatores de processo são mais difíceis de gerenciar por parte da equipe estudada, podendo causar maior impacto na ocorrência de eventos adversos, até mesmo do que os aspectos de estrutura. Tais fatores de processo incluem a assistência propriamente dita, favorecida por meio de seus procedimentos bem desenhados, protocolos, listas de verificação e escalas, as quais, muitas vezes, são utilizadas pelos profissionais sem treinamentos suficientes ou sem habilidades técnicas para seu uso.

Um exemplo de como a melhoria dos processos pode influenciar a segurança do paciente foi apresentado em estudo de Clark et al (2004). Neste, os autores referiram a importância de procurar mudanças simples nos processos de atendimento (redução de barreiras à lavagem das mãos, desenvolvimento de protocolos cuidadosos para limitar a duração e a contaminação de dispositivos intravenosos, melhorando o design da UTIN e alimentação precoce), que, quando implementadas, podem ajudar a reduzir o risco de sepse nosocomial e melhorar os resultados.

Outro exemplo de melhoria nos processos foi citado por Crezeé et al (2017), em seu estudo sobre extubações não planejadas, as quais têm sido associadas ao aumento de dias no ventilador, risco de infecção, ressuscitação cardiopulmonar e uso de medicamentos para ressuscitação. Em sua pesquisa, os autores abordaram as etapas instituídas em uma UTIN para eliminar este evento adverso, que incluíram: (1) exigir pelo menos 2 prestadores de cuidados à beira do leito para a movimentação do bebê intubado; (2) padronização da posição da

cabeça e do tubo endotraqueal; (3) definir uma metodologia definida para a proteção de extubação não planejada; (4) introdução de uma padronização da transferência pós-operatória para melhorar a comunicação; e (5) implementar uma ferramenta de avaliação pós extubações não planejadas. Esta iniciativa de melhoria da qualidade representou uma diminuição de 64% no total de eventos de extubação (de 46 para 21) ( $P < 0,001$ ).

Concluiu-se, portanto, que o desenvolvimento de diretrizes padrão para prevenir a extubação não planejada e um processo de revisão da qualidade para rastrear estes eventos forneceram informações importantes para mudanças na educação e na prática. Essas alterações melhoraram significativamente a taxa de extubações por meio de um trabalho em equipe, responsabilidade e comunicação aprimorados (CREZEÉ et al, 2017).

Cabe ressaltar que, na instituição 1 do presente estudo, já se utiliza o Bundle de Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) e de Prevenção de Extubação Acidental, ambos implementados há dois anos e com resultados já evidenciados na prática, com diminuição do número de eventos adversos. Até o momento, segundo dados da instituição, a unidade está há 11 meses sem registro de PAV.

Com relação aos aspectos de estrutura, também avaliados como baixa percepção, sabe-se que o ambiente de UTI congrega diversas fontes geradoras de estresse que podem comprometer o processo laboral dos trabalhadores de saúde aí inseridos. Dentre essas fontes estão: espaço físico inadequado, escassez de materiais, déficit de recursos humanos, educação continuada inexistente, sobrecarga de trabalho e falta de compromisso de alguns trabalhadores, os quais conjugam para potencializar a ocorrência de EA neste cenário (RODRIGUES et al., 2016).

Analisando o **Quadro 2**, chama a atenção a discrepância entre o ideal e o real nos itens relacionados a iluminação, distribuição dos leitos, disponibilidade de manuais, capacitação permanente e disposição de um sistema de monitorização multiparamétrica com acompanhamento por central no balcão de enfermagem. Este resultado revela que as UTI investigadas podem precisar de melhorias em sua estrutura para atender ao que é preconizado mundialmente.

É certo que o trabalhador deve executar suas tarefas em condições ambientais favoráveis, com mobiliários, instrumentos, temperatura adequada e boa

iluminação, além de ser provido de segurança necessária para desenvolver sua prática com qualidade, autonomia, respeito e bem-estar no trabalho (NASCIMENTO; CAHET, 2014).

Ainda sobre as condições estruturais das UTI, os itens bem avaliados dizem respeito a aspectos recomendados pelos protocolos de segurança do paciente nacionais e internacionais, principalmente os relacionados a prevenção de infecção (presença de dispensadores de álcool gel na unidade), notificação de eventos adversos (formulários para notificação de eventos adversos) e segurança no uso, prescrição e administração de medicamentos (padronização de soluções e diluição de drogas).

Sabe-se que, existindo boas condições de estrutura, é mais provável que se obtenha um processo adequado e um resultado mais favorável. Portanto, o fato de avaliarem positivamente a presença de dispensadores nas unidades indica que estes dispositivos estão em consonância ao que preconizam as medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que indicam a utilização de preparação alcoólica para as mãos em todas as áreas do serviço de saúde, principalmente no ponto de assistência/tratamento. Para tanto, pode ser utilizado produto alcoólico rotineiramente ou água e sabonete líquido, caso as mãos estiverem visivelmente sujas (BRASIL, 2017).

Atualmente, todos os serviços de saúde do país devem se adequar à RDC/ANVISA nº 42/ 2010, que determina a obrigatoriedade da disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos nos pontos de assistência e tratamento; em local visível e de fácil acesso. O objetivo é que os profissionais de saúde não precisem deixar o local de assistência e tratamento para higienizar as mãos (BRASIL, 2010).

Quanto à presença de formulário específico para a notificação de eventos adversos, item também avaliado como presente na realidade das participantes, é recomendado que as notificações sejam registradas em Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) desde junho de 2014, sob responsabilidade da Anvisa. O banco de dados de eventos adversos relacionados à assistência à saúde do Notivisa pode se constituir em importante fonte de informações sobre onde e quando o paciente se encontra mais vulnerável e quais medidas de segurança são

mais urgentes (MAIA et al., 2018).

Em recente estudo sobre as notificações registradas no Notivisa no Brasil, foram registrados 63.933 eventos adversos relacionados com a assistência à saúde no período de junho/2014 a junho/2016. Desses eventos, 417 (0,6%) evoluíram para 'óbito'. Adultos a partir de 26 anos e idosos (60 anos ou mais) representaram a maior parte dos óbitos (85%). As notificações dos casos provieram, majoritariamente, de hospitais (96,9%) e ocorreram durante a prestação de cuidados (diagnóstico, avaliação, tratamento ou intervenção cirúrgica = 89%), seguida de admissão (3,1%) e da transferência para outra unidade ou para outro serviço de saúde (2,9%). Eventos adversos que resultaram em óbito foram mais frequentes em unidades de terapia intensiva (MAIA et al., 2018).

Em outro estudo baseado nos dados do Gerenciamento de Risco de um complexo hospitalar paulista, foram analisadas 4.691 notificações em 1 ano. O enfermeiro foi a categoria profissional que mais notificou (71%), seguido do médico (8%). O período mais frequente em que ocorreram as notificações foi o diurno. Houve diferença significativa da proporção de notificações entre os dias da semana. As notificações foram classificadas por motivo, com destaque para os medicamentos (17%), seguido de lesões de pele (15%) e flebite (14%). A maior frequência de notificações ocorreu nas unidades de Internação. Quanto à gravidade, 344 eventos ocasionaram dano ao paciente, sendo a maioria de intensidade leve (65%) (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

No atual cenário da saúde, as notificações estão centradas na figura do enfermeiro, deduzindo que a responsabilidade pela segurança do paciente não é compartilhada igualmente por todas as equipes. Vale destacar que a notificação de incidentes não é de responsabilidade de uma única categoria profissional. A notificação dos fatos indesejáveis deve ocorrer por profissionais da linha de frente, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Evidenciou-se a escassez de notificações por médicos, sendo apenas 8% dos incidentes registrados no período, valor este muito baixo diante do papel que exerce este profissional na terapêutica do paciente (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

A notificação espontânea revela-se um importante meio para a detecção de incidentes em saúde, por ser um método de baixo custo, envolve os profissionais que prestam assistência ao paciente, e alerta para a promoção da segurança em

ambientes hospitalares, além de ser um indicador para o gerenciamento da qualidade em seus serviços (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

Os danos decorrentes de cuidados à saúde geram várias consequências tanto para o paciente, quanto para as instituições hospitalares, como prolongamento do tempo de internação, incapacidades permanentes, processos e expressivo impacto nos gastos hospitalares (FURINI; NUNES; DALLORA, 2019).

Autores referem que a promoção da cultura de segurança, motivando aprendizado a partir das notificações, deve ser importante ferramenta para a vigilância sanitária e a gestão dos serviços de saúde. A predominância de hospitais como notificadores e a escassez de dados sobre investigações, somadas à baixa oportunidade do registro, chamam a atenção para a importância de ações de vigilância sanitária junto a esses serviços, visando garantir abordagens mais efetivas e rápidas em casos que levem a óbito (MAIA et al., 2018).

Ao analisar os itens relacionados à educação, capacitação e atualização, pode-se ver que também existe uma divergência nas assertivas: Capacitação permanente da equipe de enfermagem no uso dos equipamentos biomédicos, disposição de comissão de educação permanente, e um programa de qualidade do cuidado no hospital.

Existe, na instituição 1, um programa de educação continuada que realiza a integração e a capacitação de novos profissionais, e atualização dos mais antigos, entretanto a adesão dos profissionais não chega a 50%. Muitos justificam a ausência pela questão de ter outro emprego, filhos pequenos ou cursar alguma faculdade.

Por outro lado, os enfermeiros podem articular estratégias que propiciam a inclusão do processo educativo no cotidiano dos profissionais de enfermagem e no próprio decorrer do plantão. Tais estratégias podem ser entendidas como um conjunto de ações e decisões que podem ser alcançadas a partir de uma relação dialógica entre os profissionais (SILVA et al., 2014).

Nesse espaço, os profissionais de Enfermagem encontram desafios para trabalhar com modelos distintos de saúde que favoreçam mudanças significativas nas práticas em saúde. Para tanto, investe-se na Educação Permanente em Saúde (EPS), estratégia político-pedagógica que emergiu em âmbito internacional, via Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como na esfera nacional, a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

(LAVICH et al., 2017).

A EPS tornou-se uma possibilidade para o enfermeiro desenvolver suas competências relacionadas à sua atuação profissional de maneira qualificada, frente à complexidade de seu trabalho (PAIM; ILHA; BACKES,2015).

Dessa forma, acredita-se que a viabilização e continuidade do processo educativo da enfermagem está associado à contribuição do enfermeiro assistencial, uma vez que esse se encontra junto às equipes do setor, vivenciando as demandas do cotidiano de trabalho. Portanto, o enfermeiro assistencial tem capacidade de identificar as necessidades de aprendizagem dos demais colegas, especialmente, aquelas oriundas do setor de atuação (LAVICH et al., 2017).

Embora com a abertura e acesso a cursos de nível superior e cursos de qualificação técnica, a formação dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, ainda está distante do cuidado integral. O perfil dos enfermeiros demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas de saúde. A necessidade crescente de proporcionar a educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de dar um novo significado a seus perfis de atuação, para fortalecimento da atenção à saúde no SUS, é um desafio constante.

Por sua vez, o programa de qualidade, segundo as participantes, deixa a desejar na perspectiva do ideal, demonstrado pela médias 4,77 (ideal) e 3,28 (real). Os indicadores não são preenchidos corretamente, deixando vieses nas informações e, dessa maneira, as informações não são fidedignas para a tomada de decisão segura.

Muitos indicadores de qualidade têm sido propostos na literatura, porém poucos foram avaliados quanto à viabilidade de aplicação, o que cria uma lacuna entre teoria e prática. No entanto, a recomendação para a sua utilização é frequente.

Informações sobre a qualidade do atendimento dependem da disponibilidade de dados. Portanto, é difícil mensurar qualidade sem informação correta e consistente, as quais muitas vezes estão indisponíveis.

Um estudo anterior avaliou a viabilidade de indicadores de qualidade relacionados a um procedimento cirúrgico e concluiu que os indicadores que não obtinham mais de 25,9% das informações necessárias foram considerados inviáveis. Os indicadores devem demandar facilidade para obtenção ou disponibilidade de dados como condição de viabilidade, resultando em mínimo esforço e custo

adicional. Uma vez que o tempo necessário para coleta e análise de dados reflete tanto os esforços quanto os custos, menor tempo significa maior viabilidade (SANTOS et al., 2016).

A importância do uso de indicadores torna-se evidente nos mais variados ambientes de cuidado em saúde, no entanto destaca-se uma maior necessidade do seu estabelecimento em UTI, por este ser um local reconhecido como vulnerável à ocorrência de eventos adversos, por condições como a complexidade da situação clínica dos pacientes e à necessidade de decisões de alto risco de forma urgente.

Contudo, nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e/ou Neonatal, a escassez de estudos, parâmetros e indicadores que traduzam o tempo médio de assistência demandado para atender, especificamente, os pacientes internados em Unidades Pediátricas e Neonatais; o planejamento e a determinação da força de trabalho dificultam a avaliação do quadro de profissionais de enfermagem existente (VIEIRA; GARCIA; FUGULIN, 2016).

A notificação dos eventos adversos tem sido considerado importantes indicadores de resultado da qualidade dos serviços de saúde e da assistência prestada, e, embora sejam indesejáveis, esses eventos são constantemente observados na prática assistencial, por isso é fundamental a sua detecção e o monitoramento por meio de indicadores (PIRES; BARBOSA.2015).

Ao analisarmos o **Quadro 3**, sobre aos fatores da dimensão Processo, os itens bem avaliados também atendem ao que é preconizado pelos protocolos de segurança do paciente no Brasil: higienização das mãos; utilização de, no mínimo, dois identificadores para identificação do paciente; identificação de equipos com o rótulo das soluções e data de troca; identificação das bombas de infusão; protocolo de dupla-verificação para a administração de medicamentos; proteção da pele; e utilização do indicador de incidência de infecção hospitalar. Esses dados reforçam o investimento das duas instituições em implementar processos de segurança em seus serviços.

Nesse estudo, as médias revelam que a higienização das mãos dentro do seu contexto real está bem próxima do ideal (4,98 x 4,54).

Os profissionais que prestam assistência direta aos clientes e realizam procedimentos invasivos podem disseminar infecções por meio do contato direto das mãos, sobretudo em clientes mais suscetíveis a infecções por microrganismos multi-



resistentes, como os recém-nascidos. Portanto, se a técnica correta não é realizada, compromete-se a eficácia da higienização das mãos e, conseqüentemente, a segurança do paciente.

Estudo evidencia que os profissionais detêm conhecimento teórico e científico sobre a realização da prática de higienização das mãos, demonstram conhecimento sobre biossegurança, precauções de contato e medidas de controle de infecções hospitalares. Entretanto, tal conhecimento não está sendo aplicado de forma plena na prática diária (SOUSA; SILVA, 2015).

A não adesão à higienização das mãos não está diretamente associada ao conhecimento teórico do ato da higienização ou da situação em que se deve realizá-la, mas sim à incorporação desse conhecimento à prática diária dos profissionais, em que se observa falta de motivação, não concepção do risco de disseminação de microrganismos, excesso de atividades/tarefas e falta de materiais e/ou deficiência da estrutura física da instituição (SOUSA et al., 2016).

Podem ser citadas, como alternativas para manter e melhorar a adesão à higienização das mãos: busca de novos parceiros para adesão dessa prática; feedback no ambiente de trabalho; disponibilidade de novos dispositivos para higienização das mãos (álcool gel de bolso); aumento no número de profissionais observadores, bem como de treinamentos, repensando sua abordagem e dinâmica; pesquisas com os trabalhadores a fim de identificar o que consideram importante para melhorar a adesão ao procedimento; implementação e incentivo a programas educacionais e motivacionais para a prática, entre outros (SOUSA et al., 2015).

Quanto à identificação do paciente, proposta como a primeira meta para o atendimento seguro, sua principal finalidade é garantir que o cuidado seja executado no paciente certo, com intuito de evitar a ocorrência de eventos adversos relacionados à assistência (WHO, 2013). Logo, a identificação do paciente é de extrema importância, pois, no caso de erro inicial na identificação, pode-se ocasionar algum evento adverso, ou seja, um incidente com dano, de magnitude diversa, com impacto real à saúde do paciente (BRASIL, 2011).

Estudiosos apontam que a identificação dos pacientes e a aplicação da pulseira de identificação devem ocorrer como um processo sistematizado. Em sua pesquisa, a prática de colocar pulseiras de identificação nos pacientes e a confirmação dos dados da pulseira com os responsáveis estava consolidada pelos

profissionais da unidade, assim como os demais cuidados realizados na admissão de crianças e neonatos (HOFFMEISTER; MOURA,2015).

Apesar de não existirem muitos estudos que abordem de maneira específica o tema de identificação do paciente, nota-se uma preocupação mundial em relação a essa prática, intimamente relacionada a quaisquer procedimentos que são realizados nos pacientes, como administração de medicamentos, cirurgias, transfusões de sangue e hemoderivados, entre outros (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

A estratégia de implantar pulseiras de identificação como uma das ferramentas para promover o cuidado que prima pela segurança dos pacientes configura-se como uma prática de baixo custo para as instituições e de fácil inserção na rotina dos cuidados dos profissionais de saúde. Na instituição 1 do presente estudo, foi implantado o serviço de identificação através da pulseira no braço, entretanto, em decorrência de fatores financeiros, o projeto não evoluiu e atualmente a identificação está restrita apenas à placa à beira leito, o que representa um risco aos pacientes e um retrocesso na melhoria dos processos nesta organização. Já na instituição 2, a identificação se dá por meio da pulseira.

Ao avaliar o item relacionado à segurança na administração de medicamentos, os profissionais da equipe de saúde são responsáveis por estabelecer diversas medidas que atuem como barreiras de segurança durante o preparo e a administração de medicamentos potencialmente perigosos, a fim de prevenir possíveis erros no manejo destas medicações e de promover uma assistência segura à criança hospitalizada na UTIP.

Os EA relacionados à administração de medicamentos são os mais triviais, sendo suas complicações preveníveis ou evitáveis. Dessa maneira, com o objetivo de prevenir os erros de medicação, o Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (Institute for Safe Medication Practices - ISMP) recomenda a implantação de barreiras de segurança no que diz respeito ao manejo dos medicamentos de alta vigilância (MAV), os quais são definidos como aqueles que apresentam risco aumentado de ocasionar danos significativos, permanentes ou óbito aos clientes em decorrência de falhas no processo de utilização (ISMP,2015).

Estudo quantitativo retrospectivo, cujo objetivo foi identificar os riscos ao erro de medicação, obteve 6.749 notificações em uma UTIN; destes, 3256 (48,2%)

eram erros durante a administração de medicamentos, sendo que 1240 (18,4%) ocorreram durante a transcrição e 937 (13,9%) na prescrição. Os motivos que causaram os erros foram um total de 11.260, sendo 7704 (68,4%) provocados por fatores humanos, destacando a dose incorreta em 1905 (26,9%), erro de omissão 1318 (18,6%), dose duplicada 421 (6%), paciente errado 301 (4,3%) e via de administração errada 119 (1,7%). Cabe destacar que 1487 (22%) erros aconteceram na administração de medicamentos potencialmente perigosos (STAVROUDIS et al., 2010).

Outro estudo realizado em um hospital pediátrico da Pensilvânia demonstrou a ocorrência de 715 erros (17,8%) que atingiram os pacientes e que necessitaram de monitoramento adicional após o dano, sendo que estes eventos envolveram 201 (28,1%) neonatos e 431 (60,2%) crianças menores de cinco anos. As medicações mais citadas foram antibióticos 105 (4,7%) vezes, opioides em 58 (18,1%) casos, fluidos intravenosos 42 (5,9%) e vacinas 34 (4,7%). Sendo que se deve destacar que entre os eventos notificados havia no mínimo uma medicação da lista dos medicamentos potencialmente perigosos (MATTHEW GRISSINGER, 2015).

A pesquisa de Julca et al. (2018) discutiu as barreiras de segurança no preparo de drogas vasoativas e sedativos/ analgésicos. Os resultados demonstraram que, durante a análise dos dados no rótulo, quanto à identificação da medicação, via, horário, dose e velocidade de infusão, verificou-se que 178 (99,4%) não transcreveram a via de administração. Ainda, o rótulo de identificação das medicações foi fixado em 32 (17,3%) destas, sendo que o local predominante de fixação foi na seringa 24 (74%) e na bureta 8 (25,8%).

Como exemplos de barreira de segurança, cita-se a implementação dos nove certos relacionados à administração de medicamentos, que proporcionam acurácia aos cuidados e constitui-se uma das principais estratégias para se evitar o EA durante o preparo e administração de um medicamento. Além desta, destaca-se a dupla checagem, estratégia criada também para garantir segurança na administração de medicamentos e evitar erros.

A dupla checagem consiste na conferência do medicamento preparado, por dois profissionais de maneira simultânea e independente, a fim de identificar possíveis erros durante o preparo. Esta prática é recomendada para todos os serviços e, principalmente, no uso de medicamentos potencialmente perigosos, pois

reduz significativamente os erros nesse processo (ARUTO; LANZONI; MEIRELLES, 2016).

A implantação efetiva da dupla checagem depara-se com entraves decorrentes das dificuldades presentes nas atividades diárias dos profissionais, como, por exemplo, número de profissionais de enfermagem reduzido, provocando assim sobrecarga de tarefas.

Na instituição 1, tanto a implementação dos nove certos como a dupla checagem já está presente, medidas simples que já demonstraram uma significativa redução nos eventos adversos relacionados a administração de fármacos potencialmente perigosos.

No entanto, essas barreiras necessitam de padronização para aprimorar a eficácia e promover maior segurança ao paciente, juntamente com o treinamento e capacitação dos profissionais, além da elaboração e implementação de um protocolo institucional quanto ao preparo e manejo de drogas.

Os protocolos são ferramentas utilizadas para uniformizar procedimentos, aumentar eficácia, mensurar melhorias, diminuir erros, e não deixar que nada seja esquecido, apenas otimizado (BUENO, 2015). Os protocolos melhoram a comunicação e permitem maior colaboração da equipe, pois passam a compartilhar fins comuns.

A utilização de protocolos desempenha um papel na prática da assistência de enfermagem, favorece a participação ativa da equipe e resulta em melhor adesão. Sem treinamento, acesso adequado a materiais e motivação, a qualidade dos cuidados prestados na UTI fica comprometida.

Para a consolidação da assistência segura com qualidade, em 2013 o MS instituiu portarias (BRASIL 2013a; BRASIL 2013b) com protocolos que estabelecem ações de segurança ao paciente em serviços de saúde. Dentre eles, têm-se os protocolos de prevenção de quedas; identificação do paciente; segurança na prescrição e de uso e administração de medicamentos; cirurgia segura, prática de higiene das mãos e úlcera por pressão; protocolo de banho no leito para paciente em ventilação mecânica; protocolo de banho no leito para paciente em uso de droga vasoativa. Com a criação de protocolos de assistência, a enfermagem tem direcionado o trabalho e registrado os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

Mesmo com recursos limitados, enfermeiros, administradores e equipe multidisciplinar devem incluir em seu cotidiano a utilização de protocolos para explorar as melhorias potenciais em seu ambiente de trabalho e diminuir a pressão pela utilização de práticas diárias ineficientes na solução de problemas.

O protocolo de banho no leito, tanto para paciente entubado como em uso de droga vasoativa, está implantado na instituição 1 há cerca de um ano e, embora tenha sofrido algumas resistências, já está bem incorporado ao serviço e constatou-se uma redução nas extubações acidentais e na instabilidade hemodinâmica após o procedimento. Na instituição 2 ainda não se utilizam esses protocolos.

Na dimensão do processo do cuidado, observou-se que a maioria da equipe de enfermagem deste estudo não utilizava índice de gravidade para avaliar o grau de disfunções orgânicas do paciente, com valores bem divergentes entre o ideal e o real (4,84/3,18), escala de avaliação de risco de queda (4,85/3,75), escala de sedação de Ramsay 4,79/3,03() e Braden (4,95/3,70), ao mesmo tempo em que utilizavam siglas que possibilitavam interpretação ambígua(4,64/3,75). Isto justifica-se pelo fato dessas escalas serem utilizadas em UTI Adulta, não havendo adaptações, até o momento, para a população pediátrica e neonatal.

As escalas, aliada aos protocolos e checklists, são ferramentas utilizadas para auxiliar na realização de rotinas complexas, aumentando a segurança, diminuindo gastos e otimizando o tempo da equipe.

A passagem de plantão através de um registro padronizado é um instrumento utilizado em ambas as instituições com o objetivo de facilitar a comunicação entre os profissionais, entretanto as participantes ressaltaram que existe uma divergência entre o ideal e o real (4,82/3,67).

Esse registro relaciona-se com o processo de passar informações específicas sobre o paciente e pode ocorrer em muitos contextos, desde a sua admissão, entre médicos, entre a enfermagem na troca de turno, transferência entre unidades, pós-operatório, e até a alta para casa ou para outra unidade/instituição (WHO, 2011).

Ressalta-se que a comunicação efetiva deve conter todas as informações indispensáveis, transmitidas de forma clara, precisa, objetiva, evitando-se más interpretações e garantindo a passagem de plantão eficaz para a continuidade da assistência.

De acordo com a literatura, a passagem de plantão pode ser realizada de quatro formas: verbal, escrita ou transferência na cabeceira do leito. No entanto, não existe um método superior ao outro, cabe adequar a realidade da unidade e dos pacientes de maneira a garantir a continuidade de cuidados e a segurança do paciente (BROCA, 2012).

No que diz respeito à assertiva “não utilizar siglas que possibilitem interpretação ambígua”, observa-se que a divergência entre o real e o ideal são discrepantes. Tal resultado aponta que a utilização de siglas parece ser frequente na unidade, podendo gerar uma interpretação errônea do cuidado prescrito, como dispensação, preparo e administração de medicamentos, resultando em um EA que pode interferir diretamente na qualidade da assistência, além de gerar consequências graves ao paciente, inclusive o óbito.

Outra assertiva preocupante é a aplicação das etapas da SAE. A falta de educação permanente, de estímulo e de recursos humanos, considerada pelos participantes, são, sem dúvida, fatores limitantes ao envolvimento do profissional no processo de implementação do processo de enfermagem. As dificuldades relacionadas à SAE e à sua operacionalização podem provocar a perda do estímulo por parte dos enfermeiros e, como consequência, insatisfação e desmotivação da equipe.

Deve ser levado em consideração que, na instituição 1, existem formulários padronizados para aplicação do processo de enfermagem, entretanto não são adequados à pediatria. Entre eles, tem-se a prescrição de enfermagem, que, de acordo com as participantes, não é apropriada à unidade, o que gera maior insatisfação e menor adesão.

Analisando os dados dos **Quadros 4 e 5**, constatou-se consideráveis diferenças entre ideal e real, nas duas dimensões, condizendo com a realidade prática desses serviços, pois os itens abordados na EPEA são padrão-ouro em termos de indicadores de qualidade em UTI. Portanto, as participantes sempre avaliaram suas unidades como aquém desses fatores padrão, alguns mais discrepantes e outros mais presentes em suas práticas.

O resultado aponta para a necessidade de lançar um olhar para os itens pior avaliados em cada dimensão da EPEA, para que gestores e líderes nessas instituições consigam implementar medidas de melhoria nas estruturas e processos de suas unidades pediátricas e neonatais.

Nessa perspectiva, tem-se o exemplo de um recente estudo italiano que identificou oportunidades importantes de melhoria nas UTIN, especialmente nas áreas de medição de desempenho, melhoria da qualidade e aprendizado para a equipe de saúde. A pesquisa de 5 anos foi conduzida pela Rede Neonatal Italiana, que mapeia as UTIN do país, monitorou os resultados das unidades, definiu modelos organizacionais e identificou as melhores práticas para melhorar a qualidade dos cuidados. Desse modo, sete variáveis relacionadas às atividades, processos organizacionais e modelos de comportamento utilizados no estudo foram usadas para avaliar a UTIN. Os resultados fornecem uma descrição das UTIN na Itália e identificam um conjunto de variáveis úteis para o gerenciamento na avaliação das UTIN, que estão entre as unidades operacionais mais complexas e caras de um hospital (FANELLI; ZANGRANDI, 2017).

A análise do **Quadro 6**, relacionado às diferenças de percepção dos fatores da EPEA segundo os dados sócio-demográficos, permite inferir que as participantes de maior idade provavelmente têm melhor percepção destes fatores porque apresentam maior maturidade laboral e prática. A experiência profissional, o envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam nos profissionais a permanência em uma organização, e ainda, o tempo de trabalho em uma instituição pode estar associado à proposta de trabalho da instituição e satisfação individual.

Considerando as características do trabalho de enfermagem executado nas UTIP e UTIN, e o perfil de profissional que se faz necessário, leva-nos a pensar sobre possíveis situações complexas e desgastantes vivenciadas diariamente por estes trabalhadores, tanto em relação à complexidade da assistência prestada, quanto à sua capacitação constante.

Os escores obtidos em todas as variáveis demonstra uma baixa percepção dos fatores predisponentes a ocorrência do evento adverso, o que corrobora com o estudo original de Lobão e Menezes (2017), com dados bem próximos aos obtidos.

Constatou-se uma relação significativa entre a jornada de trabalho dos profissionais e a dimensão estrutura ( $p= 0,084$ ), mas o mesmo não aconteceu com a dimensão processo ( $0,505$ ), o que pode ser considerado que as exaustivas cargas horárias contribuem negativamente para a adesão aos fatores de processo e, conseqüentemente, contribuem para ocorrência do evento adverso.

Diante do exposto, tem-se um panorama sobre que fatores podem ser priorizados nas duas instituições para melhorar estrutura e processos capazes de proporcionar a segurança de crianças e neonatos ali internados.



## 7 CONCLUSÃO

Este estudo analisou as atitudes de enfermeiros e técnicos diante dos fatores de estrutura e processo que podem predispor a eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal.

Encontrou-se um perfil de trabalhadoras similar ao cenário das demais instituições brasileiras, caracterizado por enfermeiras e técnicas de enfermagem adultas jovens, com carga de trabalho elevada, tempo de serviço médio na neonatologia/pediatria de 7 anos, demonstrando uma equipe com experiência para avaliar aspectos relacionados à ocorrência de eventos adversos.

Porém, encontrou-se média a baixa percepção quanto aos fatores de estrutura e processo que predisõem a ocorrência de eventos adversos nas unidades investigadas. Tal situação faz com que o profissional tenha uma percepção inadequada quanto à qualidade no processo de trabalho, onde as falhas podem se tornar frequentes e rotineiras, resultando em indicadores negativos para o ambiente de trabalho e a segurança do paciente.

Os melhores itens avaliados na prática real das participantes incluíram procedimentos e protocolos baseados em requisitos nacionais e internacionais de segurança do paciente, como higienização das mãos, identificação segura com dois identificadores, identificação dos equipos com rótulo das soluções e data das trocas, identificação das bombas de infusão, protocolo de dupla checagem na administração de medicamento, proteção da pele e indicador de incidência de infecção hospitalar.

Já os piores itens avaliados incluíram sistemas e protocolos mais utilizados no contexto da terapia intensiva adulta, como sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária e identificada por paciente; índice de gravidade ou índice prognóstico; escala de sedação de Ramsay; protocolos para identificação de pacientes com identidade desconhecida, comatosos, confusos ou sob sedação; escala de avaliação de risco de queda (Ex: escala de Morse); escala de coma de Glasgow; e protocolo de insulino-terapia.

Houve divergências importantes entre os escores atribuídos aos fatores de processo e resultado nas avaliações ideal e real, principalmente entre os fatores de processo segundo faixa etária, unidade de trabalho e vínculo empregatício. Participantes de meia idade manifestaram média percepção dos fatores de processo em detrimento das mais jovens e mais velhas, que demonstraram baixa percepção.

As profissionais de enfermagem da UTIN do hospital 2 mostraram melhor percepção dos fatores de processo e as que tinham vínculo por cooperativa mostraram melhor percepção dos fatores processuais do que as servidoras públicas.

Assim, avaliando a relação dos fatores predisponentes a ocorrência do evento adverso e a atitude das enfermeiras e técnicas, fomenta-se a necessidade de se discutir a qualidade do cuidado enquanto um equilíbrio entre riscos e os benefícios, considerando a falibilidade do ser humano, o que representa uma nova perspectiva na utilização do evento adverso enquanto indicador de resultado.

Neste sentido, a formação dos profissionais de enfermagem pode gerar um impacto direto nos indicadores de segurança do paciente, principalmente nas taxas de EA em UTI, ao mesmo tempo em que o nível de conhecimento da equipe através de educação permanente traz melhorias na redução de erros e EA a saúde do paciente durante a internação hospitalar.

Sendo assim, é importante que as instituições de saúde, principalmente as UTIP e UTIN, adquiram e estimulem a cultura de identificar e analisar os motivos de falhas de processo ou violação de condutas, incentivando a notificação dos EAs com a implementação de ações preventivas.

Dessa forma, as condições de estrutura e processo, juntamente com a normatizações nacionais e internacionais de promoção da segurança do paciente, aliadas às atitudes dos profissionais de saúde na percepção dos fatores que predisõem a ocorrência do eventos adversos na terapia intensiva pediátrica, favorecem a redução dos eventos, minimizando tempo de internação, custos e promoção da recuperação do neonato/criança sem danos.

Os profissionais de saúde e os gestores devem estar atentos à compreensão e à análise dos indicadores de saúde. Estes, quando avaliados adequadamente, revelam um grande potencial para qualificar as ações de saúde. O estímulo e a atualização de conhecimentos contribuem para melhorar o desempenho da equipe e aumentar a credibilidade da enfermagem perante a equipe multiprofissional.

Este estudo teve, como limitações, a inclusão da categoria técnico de enfermagem, que teve dificuldades na coleta dos dados, pois desconhecia termos que são de maior conhecimento do nível superior, além da recusa de muitos profissionais e do não preenchimento fidedigno do questionário por parte de alguns.

Outro fator limitante nas discussões dos dados é não ter outros estudos realizados na terapia intensiva pediátrica que utilizaram essa escala e que pudessem viabilizar comparações entre os dados encontrados. Sugere-se a aplicação desse instrumento em outras unidades de terapia intensiva e apenas com a categoria de enfermeiros, para se realizar uma análise comparativa com maior fidedignidade.

Sugere-se a elaboração e implementação de novos protocolos, baseados nas recomendações nacionais e internacionais, facilitando o treinamento e a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência de enfermagem na terapia intensiva pediátrica e neonatal, com o objetivo de padronizar os procedimentos e, com isso, minimizar a ocorrência de eventos adversos nesse cenário de prática.

## REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H. et al. Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. **Health Services Research**, v. 45, n. 4, p. 904–21, 2010.

ANDRADE, T.B. et al. Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Revista eletrônica**, v. 2, 2008. Disponível em: <[http://www.revistaseletronicas](http://www.revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/3950/7825)

.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/3950/7825>. Acesso em: 10 nov. 2017.

ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, ano 2, n. 6, p. 59-62, 2018. Disponível em:

<<http://web.unifoa.edu.br/praxis/index/article/view/35/28>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

ARUTO, G.C.; LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. Melhores práticas no cuidado à pessoa com doença cardiovascular: interface entre liderança e segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, v. 21, p. 01-09, 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**, 2013. Disponível em: <<https://www>

[20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1AssistenciaSegura.pdf](https://www.20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1AssistenciaSegura.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2017

BERTOLAZZI, L.G; PERROCA, M.G. Causas de desligamentos e rotatividade da equipe de enfermagem de um hospital de ensino. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 3, p. 93-98, nov. 2016. Disponível em: <[http://www.Ciencias da saude.famerp.br/index.php/racs/article/view/314](http://www.Ciencias_da_saude.famerp.br/index.php/racs/article/view/314)>. Acesso em: 11 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [portaria na internet]. **Diário Oficial da União**, 02 abr 2013 Seção1. Disponível em:<[bvsms.saude.gov.br/bvs](https://bvs.saude.gov.br/bvs)

[/saudelegis/Gm/2013/prt0529.html](https://saudelegis/Gm/2013/prt0529.html)>. Acesso em: 16 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Revista ICICT**. 2009. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/cict/media>>. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. 2011 Disponível em: <<http://www.portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/dahu/seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 16 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde.. **Diretrizes metodológicas//elaboração de diretrizes clínicas**. Brasília: MS, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução n. 510/2016, de 07 de abril de 2016**. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http:// conselho.saude .gov.br/web.comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web.comissoes/conep/index.html)>. Acesso em: 8 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 541 de 2017**. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso541.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **RDC n. 42 de 25 de outubro de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-42-de-25-de-outubro-de-2010>>. Acesso em: 10 maio 2018

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar e ambulatorial: Listas atualizadas 2015**. Disponível em: <<https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletim-ismp-fevereiro-2019.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2019

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo de Identificação do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>>. Acesso em: 5 jul. 2019.

BROERING, C.V; CREPALDI, M.A. Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. **Psicol. Estudo**, v. 16, n. 1, p. 15-23, 2011.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. Equipe de enfermagem e comunicação: Contribuições de enfermagem. **Rev BrasEnferm.**, v. 65, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/14.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2019.

BUENO, B.R.M. et al. Caracterização da passagem de plantão entre o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 512-518, 2015.

CALDANA, G. et al. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. **Rev. Rene**, v. 12, n. 1, p. 189-97, 2011.

- CAMUCI, M.B.; CARDELI, A.A.M; ROBAZZI, M.L.C.C. NursingActivities Score:nursingworkload in a burnsIntensiveCare Unit. **Rev Latino-Am Enfermagem**,v. 22, n. 2, p. 325- 31, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000200325&script=sciarttext>>. Acesso em: 02 out. 2017.
- CLARK, R.; POWERS, R.; WHITE, R.; BLOOM, B.; SANCHEZ, P.; BENJAMIN, D.K. Prevention and treatment of nosocomial sepsis in the NICU. **J Perinatol.**, v. 24, p. 446–453, 2004.
- DEBONO, R. et al. Nurses' workarounds in acute healthcare settings: a scoping review. BMC. **Health Services Research**, v. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/175>>. Acesso em: 13 nov. 2017.
- DUARTE, S.C.M. et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 144-54, 2015. Disponível em:<[www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2017.
- FANELLI, S.; ZANGRANDI, A. Assessment for improving the performance of NICUs: The Italian experience. **Health Services Management**, v. 30, n.3, p.168-178, 2017.
- GABRIEL CS, et al. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 5, 2011.
- GARDNER, G.; GARDNER, A.; O'CONNELL, J. Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2383458145-155>>. Acesso em: 10 out. 2017.
- GASPARINO, Renata Cristina. **Adaptação cultural e validação do Practice Environment Scale para a cultura brasileira**. 2015. 150 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2015. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/283903>>. Acesso em: 27 ago. 2018.
- HOFFMEISTER L. V, MOURA G.M.S.S de .Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 36-43, jan./fev. 2015.
- KOHN, L.T.; KORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. Washington D.C.: National Academy Press, 2010. 311p.

JULCA, C.S. M.; ROCHA, P.K, TOMAZONI, A.; MANZO, B.F.; SOUZA, S.; ANDERS, J.C. Utilização De Barreiras De Segurança No Preparo De Drogas Vasoativas E Sedativos/Analgésicos Em Terapia Intensiva Pediátrica. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 4, p. 54-247, 2018.

LAKE E.T, et al. Higher Quality of Care and Patient Safety Associated With Better NICU Work Environments. **J NursCare Qual.**, v. 31, n. 1, p. 24-32, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26262450>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

LIMA, C.S.P.; BARBOSA, S.de F.F. "Occurrence of adverse events as indicators of quality of care in an intensive care unit/Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva/Ocorrência de eventos adversos como indicadores de la calidad de la atención en unidad de cuidados intensivos. **Enfermagem Uerj**, v. 23, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://link.gale.com/apps/doc/A568371446/>>. Acesso em: 9 dez. 2019.

LOBÃO, W. M.; MENEZES, I.G. Análise psicométrica da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos no cuidado de enfermagem em UTI. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 2, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt\\_v21n1a15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a15.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2017.

MACHADO, M. H. et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiro, técnico e auxiliares. **Enferm. Foco**, v. 2, n. 1, 2016

MOREIRA, I.J. et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

MAGALHÃES, A.M.M.; DALL' AGNOI, C.M. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 2, 2013. Disponível em: <[HTTP://edalyc.org/html/2814/281425764019/](http://edalyc.org/html/2814/281425764019/)>. Acesso em: 11 nov. 2017.

MAIA, C. S. et al . Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, e2017320, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000200308&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000200308&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 5 jul. 2019.

MATTHEW, G. Medication Errors Affecting Pediatric Patients: Unique Challenges for This Special Population. **Pennsylvania Patient Safety Advisory**, v. 12, n. 3, set. 2015.

MONTEIRO C.A.; AVELAR F.M.; PEDREIRA M.L.G. Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 1, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376046/pdf/0104-1169>>. Acesso em: 5 jul. 2019.

NOVARETTI, M.C.Z.; SANTOS, E.D.V.; QUITÉRIO, L.M.; DAUD-GALLOTTI, R.M. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev Bras Enferm.**, v.67, n.5, p.692-699, 2014.

OLIVEIRA, A.C.; GARCIA, P.C.; NOGUEIRA, L.S. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 4, p. 679-689, 2016.

OLIVEIRA S.A.A.; PAIVA R.F.R.; Possibilidade de diminuir o turnover da equipe de enfermagem nos serviços hospitalares. **Rev Gestão & Saúde**, v. 2, n. 1, p. 60-73, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Aliança Mundial para Segurança do Paciente**. 2010. Disponível em: <<http://new.paho.org/bra/index.php?option=comcontent&task=view&id=931&Itemid=686>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

PEREIRA, B.S.; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 411-418, abr./jun. 2016.

QUEIJO, A.F.; PADILHA, K.G. Nursing Activities Score (NAS), Adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 10, p. 18-25, 2009.

REIS C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA J.A. segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde - um olhar sobre a literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, 2013.

ROCHA E.S.B.; TREVIZAN M.A. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt\\_6.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_6.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2017.

RODRIGUES, I.L., et al. Facilidades e dificuldades do trabalho em terapia intensiva: um olhar da equipe de enfermagem. **Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4757- 4765, 2016.

ROSSANEIS M.A, et al. Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospitais de ensino. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 4, p. 769-76, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i4.22956>>. Acesso em: 24 jul. 2017.



- SANTOS, A.F.O.; CARDOSO, C.L. Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. **Est de Psi**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 67-74 jan./mar, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielophp?Pid=S010366X2010000100008&script=SCi\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielophp?Pid=S010366X2010000100008&script=SCi_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- SANTOS, T.R et al. Indicators to assess the quality of programs to prevent occupational risk for tuberculosis: are they feasible? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. 269-5, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02695.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02695.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- SANTANA, J.C.B; PESSINI, L.; SÁ, A.C. Desejos dos pacientes em situação de terminalidade: uma reflexão bioética. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n.1, p. 28-50, abr. 2015. Disponível em:<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9367/10325>>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- SHIREY, M. R. Authentic Leaders Creating Healthy Work Environments for Nursing Practice. **American journal of critical care**, v. 15, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://ajcc.aacnjournals.org/by.AACN>>. Acesso em: 24 jul. 2017.
- SILVA, C.T. et al. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 3, p. 49-54, 2014.
- SILVA, F.L da; SOUSA, E.C.P. Conhecimento e adesão da prática de higienização das mãos dos profissionais da saúde: revisão de literatura. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 3, n. 1, jan./jun. 2016
- STAVROUDIS, T.A. et al. NICU medication errors: identifying a risk profile for medication errors in the neonatal intensive care unit. **Journal of Perinatology**, v. 30, p. 459–468, 2010.
- SOUZA, L.M et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 2, 2015
- FERNANDA, C.S. et al. Avaliação dos cuidados de enfermagem com o cateter venoso central em uma unidade de terapia intensiva adulto e pediátrica. **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, n. 70, jan./mar. 2018.
- TAMAYO, A.; PASCHOAL, T. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.9, n.1, p.45-52, jan./abr. 2004.

TOWNSEND, S.R. et al. Analysis of adverse events in pediatric surgery using criteria validated from the adult population: justifying the need for pediatric-focused outcome measures **Journal of pediatric Surgery**, v. 1, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022346810001946>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

ULRICH, B.T. et al. Critical Care Nurses' Work Environments 2008: A Follow-Up Report. **Critical Care Nurse**, v. 29, n. 2, p.93-102, 2009.

VENTURA, C.M.U.; ALVES, J.G.B.; MENESES, J.D.A. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Enferm.**, v. 65, n. 1, p. 49-55, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/07.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017

VIEIRA, F.P.C; GARCIA, P.C; FUGULIN, F.M.T. Tempo de assistência de enfermagem e indicadores de qualidade em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica e neonatal. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 558-564, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002016000500558&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000500558&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 dez. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Aliança mundial para segurança do paciente**. 2004. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/os.research\\_brochure\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/os.research_brochure_es.pdf?ua=1)>. Acesso em: 20 jul. 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Communication during patient hand-overs: Patient safety solutions. **Joint Commission International**, v. 3, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PSSolution3.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Questionário Sócio-Demográfico e Profissional

1. Sexo: 1( ) Masculino 2( ) Feminino
2. Idade Atual: \_\_\_\_\_
3. Quanto tempo de formado em Enfermagem: \_\_\_\_\_
4. Tempo de atividade no serviço atual (em anos) \_\_\_\_\_
5. Tempo de atuação na área de Pediatria/UTI/Cardiologia pediátrica: \_\_\_\_\_
6. Pós-graduação? 1( ) Sim 2( ) Não  
Qual e em qual instituição cursou? \_\_\_\_\_
7. Quantos empregos possui atualmente? \_\_\_\_\_
8. Carga horária semanal: \_\_\_\_\_ horas por semana
9. Tipo de Vínculo empregatício:  
1 ( ) Trabalho sem vínculo/cooperado  
2 ( ) Concursado SESA 3( ) Concursado Ministério da Saúde
10. Qual setor em que trabalha? 1 ( ) UTIP Pré-operatória 2 ( ) UTIP Pós-operatória

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convido você a participar da pesquisa intitulada **ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE OS INDICADORES DE QUALIDADE, O AMBIENTE DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E A OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**, tendo como orientadora a Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Roberta Meneses Oliveira. Cujo objetivo é analisar a relação entre indicadores de qualidade do trabalho da equipe de enfermagem e a predisposição à ocorrência de eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica com enfermeiros que trabalham com crianças portadoras cardiopatia congênita em unidade de tratamento intensivo. Esclareço que todos os princípios referentes a Resolução 510/2016 que trata das pesquisas com seres humanos serão aqui respeitados.

Os riscos em participar deste estudo poderão ser evidenciados quando se avaliam aspectos emocionais, uma vez que se entende que a compreensão do objeto de estudo traz à tona questões estressantes como o sofrimento da equipe, a exposição de dados estatísticos, o relato da ocorrência de eventos adversos e avaliação das condições do ambiente de trabalho. Neste caso em que você se sentir incomodado ou insatisfeito com o teor da pesquisa, estaremos sensíveis a essas reações, oferecendo apoio necessário e oportunizando um momento para sua decisão em continuar a responder ao instrumento de pesquisa.

Desse modo, a autonomia em participar ou desistir de contribuir para pesquisa em qualquer período do seu desenvolvimento lhe será garantida. As informações produzidas serão mantidas em sigilo e utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa.

Ao final da pesquisa, os resultados serão encaminhados à instituição para que faça parte do seu planejamento de ações, medidas relacionadas à melhora do ambiente de trabalho e da qualidade da assistência em terapia intensiva pediátrica.

Os benefícios em participar do estudo residem na possibilidade de promover melhoria no planejamento e nas práticas gerenciais com foco na saúde organizacional, aprimoramento das lideranças, gerenciamento da segurança do profissional e do paciente, além de favorecer um diagnóstico situacional da saúde do trabalhador de enfermagem.

Em caso de esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora Maria Salete de Brito Gomes, telefone: (85) 997132510. Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Dr. Carlos Alberto Sturdat Gomes - Av. Frei Cirilo, 3480 – Cajazeiras, Fortaleza-CE, Fone-FAX: 85 3101-7845, Email: cep.hm@hm.ce.gov.br.

Esse termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da Pesquisa e outra para o arquivo do pesquisador.

\_\_\_\_\_  
Nome completo do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome completo do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIDO

Declaro que após ser esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Nome completo do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome completo do pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Escala de Predisposição a Eventos Adversos (EPEA)

<b>1- Discordo totalmente</b>	<b>2- Discordo levemente</b>	<b>3- Não discordo, nem concordo</b>	<b>4- Concordo levemente</b>	<b>5- Concordo totalmente</b>
-------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	------------------------------	-------------------------------



<b>Dimensão: Estrutura</b>	<b>Ideal</b>	<b>Real</b>
1. Iluminação adequada para a execução das atividades		
2. Distribuição dos leitos de forma que favoreça a visualização direta dos pacientes internados		
3. Capacitação permanente da equipe de Enfermagem no uso dos equipamentos biomédicos		
4. Disponibilidade no posto de Enfermagem de manual de normas, rotinas e procedimentos atualizados anualmente		
5. Dispor de padronização de soluções e diluição de drogas		
6. Dispor de cateteres, sondas e seringas com dispositivos que previnam conexão incorreta ou desconexão acidental		
7. Possuir um formulário próprio para notificação de eventos adversos		
8. Dispor de um sistema de monitorização multi-paramétrica com acompanhamento através de central no balcão de Enfermagem		
9. Dispor de dispensadores de Álcool gel entre os leitos e na entrada da UTI		
10. Dispor de equipos de cores diferentes de acordo com a finalidade		
11. Dispor de uma comissão de educação permanente		
12. Dispor de um programa de qualidade do cuidado no hospital		
<b>Dimensão: Processo</b>	<b>Ideal</b>	<b>Real</b>
1. Estimular a equipe de Enfermagem a notificar a ocorrências de eventos adversos		
2. Utilização do indicador de incidência de ulcera por pressão		
3. Higienizar as mãos		
4. Gerenciamento de risco de acordo com um protocolo específico (Ex: RDC-07-2010)		
5. Sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária e identificada por paciente		
6. Utilizar checklists (Montagem de leitos, passagem de plantão e pendência de exames diagnósticos)		

7. Utilizar no mínimo dois identificadores para identificação do paciente (nome e data de nascimento)		
8. Monitorização freqüente do paciente analisando a compatibilidade com os dados obtidos pelos monitores multiparamétricos		
9. Identificar equipos com o rótulo das soluções e data de troca (Soluções, sedação e drogas vaso-ativas)		
10. Identificar bombas de infusão (Soluções, sedação e drogas vaso-ativas)		
11. Utilizar de índice de gravidade ou índice prognóstico: valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente (Ex: APACHE 2)		
12. Utilizar protocolos clínicos baseados em evidência (Ex: extubação e desmame da VM)		
13. Não utilizar siglas que possibilitem interpretação ambígua (ex: IU X IV; u X 0)		
14. Utilizar o indicador de incidência de extubação acidental		
15. Utilizar do indicador de incidência de queda do leito		
16. Utilizar a escala de sedação de Ramsay ou RASS		
17. Aplicar protocolos para identificação de pacientes com identidade desconhecida, comatosos, confusos ou sob sedação		
18. Aplicar as etapas da SAE		
19. Utilizar a dor como 5º sinal vital		
20. Utilizar a escala de avaliação de risco de queda (Ex: escala de Morse)		
21. Utilizar a escala de coma de Glasgow		
22. Utilizar escala de avaliação da intensidade da dor		
23. Utilizar a escala de Braden no diagnóstico de risco para o desenvolvimento de úlcera por decúbito		
24. Discussão clínica diária dos quadros clínicos dos pacientes entre os enfermeiros assistenciais e a coordenação de Enfermagem da UTI		
25. Realizar mudança sistemática de decúbito a cada 2 horas nos pacientes com Braden <17		
26. Utilizar protocolo de dupla-verificação para a administração de medicamentos		
27. Proteger a pele do paciente do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento		
28. Utilizar protocolo de insulino-terapia		
29. Utilizar protocolo de banho no leito para paciente em ventilação mecânica		
30. Utilizar protocolo de banho no leito para paciente em uso de droga vaso-ativa		
31. Utilização criteriosa de contenção mecânica em caso de agitação psicomotora		
32. Infusão de hemoderivado em via exclusiva ou com o SF 0,9%		
33. Utilizar o indicador de incidência de não conformidade na administração de medicações		
34. Utilizar o indicador de incidência de infecção hospitalar		



## ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital 1

HOSPITAL DE MESSEJANA  
DR. CARLOS ALBERTO  
STUDART GOMES



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE OS INDICADORES DE QUALIDADE, O AMBIENTE DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E A OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

**Pesquisador:** MARIA SALETE DE BRITO GOMES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 00265018.8.0000.5039

**Instituição Proponente:** Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.953.470

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa analítica com delineamento transversal que objetiva analisar a relação entre o ambiente de trabalho da enfermagem, seus indicadores de qualidade e a predisposição a ocorrência de eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. Será realizado em duas unidades de terapia intensiva pediátrica de um hospital público de referência em cardiologia, no Ceará. A amostra será formada por conveniência e incluirá enfermeiros e técnicos de enfermagem que correspondem a cerca de 200 profissionais atuantes nestas unidades, segundo dados da instituição. A coleta dos dados será realizada no período de novembro de 2018 a março de 2019, com aplicação de questionário-sociodemográfico, Escala de Estresse no Trabalho, Practice Environment Scale - Versão Brasileira e Escala de Predisposição a Eventos Adversos - EPEA. Além destes, serão investigados os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem e de recursos humanos. Os dados serão tabulados e armazenados em planilha eletrônica do sistema Excel® 2010 e analisados por meio do Software estatístico IBM SPSS Statistics 23.0. Será utilizada estatística descritiva com frequência simples e percentual para os dados categóricos, e média e desvio padrão para os dados quantitativos contínuos. Na discussão, será realizada a correlação dos resultados da aplicação das escalas com as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e indicadores de qualidade. Para tanto, serão adotados o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, bem como os testes não paramétricos U de Mann Whitney (para variáveis com

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480  
Bairro: Messejana CEP: 60.840-285  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-7845 Fax: (85)3101-7845 E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA  
DR. CARLOS ALBERTO  
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 2.953.470

duas categorias) e Kruskal Wallis (para variáveis com mais de duas categorias), considerando significativo aqueles com p-valor <0,05. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição por meio da Plataforma Brasil, respeitando os princípios da Resolução 466/12.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar a relação entre o ambiente de trabalho da enfermagem, seus indicadores de qualidade e a predisposição a ocorrência de eventos adversos em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

- a) Descrever as características socio demográficas e ocupacionais dos profissionais de enfermagem das unidades em estudo;
- b) Mensurar os indicadores de qualidade do trabalho da equipe de enfermagem da unidade, como carga de trabalho, dimensionamento de pessoal, rotatividade, estresse e absenteísmo;
- c) Identificar a presença de características favoráveis à prática profissional do enfermeiro no contexto de terapia intensiva pediátrica segundo a percepção dos enfermeiros assistenciais;
- d) Avaliar as atitudes dos enfermeiros frente aos fatores que podem predispor a ocorrência de eventos adversos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos em participar deste estudo poderão ser evidenciados quando se avaliam aspectos emocionais, uma vez que se entende que a compreensão do objeto de estudo traz à tona questões estressantes como o sofrimento da equipe, a exposição de dados estatísticos, o relato da ocorrência de eventos adversos e avaliação das condições do ambiente de trabalho. Neste caso em que o participante se sentir incomodado ou insatisfeito com o teor da pesquisa, a pesquisadora estará sensível a essas reações, oferecendo apoio necessário e oportunizando um momento para sua decisão em continuar a responder ao instrumento de pesquisa.

Benefícios:

Os benefícios em participar do estudo residem na possibilidade de promover melhoria no planejamento e nas práticas gerenciais com foco na saúde organizacional, aprimoramento das lideranças, gerenciamento da segurança do profissional e do paciente, além de favorecer um diagnóstico situacional da saúde do trabalhador de enfermagem e do ambiente de prática profissional da enfermagem em terapia intensiva pediátrica.

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480  
Bairro: Messejana CEP: 60.840-285  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-7845 Fax: (85)3101-7845 E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA  
DR. CARLOS ALBERTO  
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 2.953.470

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um trabalho útil e necessário, possível de ser executado, podendo trazer como resultado grandes benefícios a instituição como um todo.

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

Termos de apresentação obrigatória presentes

**Recomendações:**

Nada a sugerir

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

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A pesquisadora deverá comparecer a unidade de pesquisa clínica para confecção do crachá.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1110596.pdf	27/09/2018 14:09:57		Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	27/09/2018 13:21:38	MARIA SALETE DE BRITO GOMES	Aceito
Outros	aceitepesquisaclinicasaletebrito.pdf	27/09/2018 13:21:15	MARIA SALETE DE BRITO GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	27/09/2018 13:17:46	MARIA SALETE DE BRITO GOMES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostosaletebrito.pdf	27/09/2018 13:16:50	MARIA SALETE DE BRITO GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	27/09/2018 13:07:52	MARIA SALETE DE BRITO GOMES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480  
Bairro: Messejana CEP: 60.840-285  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-7845 Fax: (85)3101-7845 E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

HOSPITAL DE MESSEJANA  
DR. CARLOS ALBERTO  
STUDART GOMES



Continuação do Parecer: 2.953.470

FORTALEZA, 10 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Glauber Gean de Vasconcelos**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Frei Cirilo 3480  
Bairro: Messejana CEP: 60.840-285  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-7845 Fax: (85)3101-7845 E-mail: comitedeetica@hm.ce.gov.br

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Hospital 2

HOSPITAL INFANTIL ALBERT  
SABIN - CE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

**Pesquisador:** Ana valeska Siebra e silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 02242718.3.0000.5042

**Instituição Proponente:** Hospital Infantil Albert Sabin - CE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.023.603

**Apresentação do Projeto:**

PESQUISA INTITULADA "ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O AMBIENTE DE PRÁTICA PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL". Considerando que o ambiente de prática da enfermagem é caracterizado pela presença de peculiaridades organizacionais que colaboram ou dificultam o desenvolvimento da prática profissional. Estas peculiaridades incluem: uma gestão que apoia a enfermagem, com dimensionamento adequado dos recursos humanos; equipe de enfermagem com competência, autonomia e preparada para atuar junto à equipe de saúde; e a oportunidade de desenvolvimento profissional, como a possibilidade de ascensão dentro da instituição.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo deste estudo é analisar a relação entre o ambiente de prática profissional da enfermagem e a qualidade da assistência prestada em unidades de terapia intensiva neonatal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os riscos inerentes à participação nesta pesquisa podem ser insatisfação relacionada a medo de eventuais repercussões e perda de tempo. Nesse caso, as pesquisadoras estarão preparadas para intervir sugerindo a suspensão da aplicação do instrumento, deixando o participante à vontade

**Endereço:** Rua Tertuliano Sales, 544

**Bairro:** Vila União

**CEP:** 60.4 10-790

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-4212

**Fax:** (85)3101-4212

**E-mail:** cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT  
SABIN - CE



Continuação do Parecer: 3.023.603

para decidir sobre sua participação no estudo.

**Benefícios:**

Reflexão contínua sobre a temática do Ambiente de Prática Profissional na Enfermagem e suas implicações para a Qualidade na prática assistencial dos profissionais inseridos na pesquisa; desenvolvimento técnico, científico, ético e humano da enfermagem no âmbito da gestão; garantia de feedback ao serviço de enfermagem quanto aos resultados alcançados; e construção e validação de indicadores de gestão para uma prática de enfermagem segura.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Propicia a oportunidade de intervenção e construção de ambientes saudáveis para a prática de enfermagem, contribuindo para nortear planejamento das ações de educação continuada, decisões organizacionais, bem como também no aspecto da satisfação pessoal com o trabalho desenvolvido em UTIN.

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

apresentou todos os termos obrigatórios, TCLE, Pre-anuência, autorizações, folha de rosto, termo de compromisso, cronograma atualizado

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

Projeto aprovado pelo relator, aguardando parecer do colegiado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O colegiado acatou o parecer de APROVAÇÃO emitido pela relatora por entender que o protocolo não apresenta nenhum óbice ético.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1234914.pdf	30/10/2018 11:48:33		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	29/10/2018 17:35:25	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Outros	autorizacaoutin.pdf	29/10/2018 16:14:19	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Outros	declaracaopreanuencia.pdf	29/10/2018 16:12:35	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromissoroberta.pdf	29/10/2018 16:11:19	Roberta Meneses Oliveira	Aceito

**Endereço:** Rua Tertuliano Sales, 544

**Bairro:** Vila União

**CEP:** 60.410-790

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-4212

**Fax:** (85)3101-4212

**E-mail:** cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT  
SABIN - CE



Continuação do Parecer: 3.023.603

Declaração de Pesquisadores	termocompromissoraquel.pdf	29/10/2018 16:11:10	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromissoanavaleska.pdf	29/10/2018 16:11:00	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromissoaglay.pdf	29/10/2018 16:10:49	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	22/10/2018 15:32:55	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaomediorisco.pdf	22/10/2018 15:27:14	Roberta Meneses Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetonaintegra.docx	18/10/2018 15:09:09	Roberta Meneses Oliveira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 16 de Novembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Regina Lúcia Ribeiro Moreno**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Tertuliano Sales, 544  
**Bairro:** Vila União **CEP:** 60.410-790  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3101-4212 **Fax:** (85)3101-4212 **E-mail:** cep@hias.ce.gov.br