

Cómo citar este documento

Portz, Aline; Franco da Silva, Eveline; Lorenzini, Elisiane. Erros de medicação em pediatria: percepções de profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte da região sul do Brasil. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(1).

Disponível em <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0755.php>

ERROS DE MEDICAÇÃO EM PEDIATRIA: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Aline Portz,¹ Eveline Franco da Silva,² Elisiane Lorenzini³

¹ Autora. Acadêmica de Enfermagem pela Faculdade Nossa Senhora de Fátima (FÁTIMA). Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Co-orientadora. Enfermeira obstetra, especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente da Faculdade Nossa Senhora de Fátima (FÁTIMA). Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Orientadora. Enfermeira especialista em Gerenciamento de Enfermagem. Mestre em Ciências da Saúde pela Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul (IFUC-RS). Docente da Faculdade Nossa Senhora de Fátima (FÁTIMA). Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

Introdução: Os erros de medicação são eventos adversos que podem causar danos aos pacientes. Portanto, estão diretamente relacionados à segurança do paciente. As próprias características das crianças as tornam mais vulneráveis à ocorrência dos erros de medicação. Destarte, a enfermagem possui contribuição fundamental no desenvolvimento de estudos e sugestões de melhorias que visem à redução de erros de medicação. **Objetivos:** Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem sobre erro de medicação em pediatria; caracterizar os profissionais quanto à idade, escolaridade, ocupação/profissão, tempo de trabalho na instituição; conhecer as condutas dos profissionais de enfermagem frente à ocorrência de erro de medicação; conhecer os fatores que levam os profissionais de enfermagem a cometerem erros de medicação; conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre a atuação da gestão do setor e da coordenação de enfermagem na prevenção de erros de medicação. **Método:** Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Participarão da pesquisa 15 profissionais de enfermagem do setor de

pediatria de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Para definição da amostra será utilizado o critério de saturação de dados. A coleta de dados ocorrerá no período de julho a setembro de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas individualmente. Para análise será utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática. A pesquisa contempla a Resolução nº 466/2012. Cada participante assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa terá início somente após a autorização da instituição cenário do estudo e aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa.

Descritores: Erros de medicação; Enfermagem pediátrica; Segurança do paciente; Pediatria; Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente tornou-se um tema de preocupação mundial em razão de práticas assistenciais inseguras e pode ser definida como o risco de um dano desnecessário reduzido ao mínimo aceitável na assistência (CHARLES, 2011).

Embora seja um tema discutido internacionalmente, e o Brasil compunha a Aliança Mundial para Segurança do Paciente desde sua criação, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, ainda são recentes os estudos que aprofundam esta temática no cenário nacional de enfermagem (JHA et al., 2010; REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; SCHATKOSKI et al., 2009). Além disso, somente neste ano de 2013 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013e).

Os erros de medicação estão diretamente relacionados à segurança do paciente e são caracterizados como eventos adversos que podem resultar em dano ao paciente, no entanto, destaca-se que são eventos preveníveis (BRASIL, 2013a).

São reconhecidos, pelo menos, 12 tipos de erros de medicação (COREN/SP, 2011; GIMENES et al., 2011; TEIXEIRA; CASSIANI, 2010). Os pacientes hospitalizados são expostos a diversos erros relacionados à assistência. Estudos indicam que, no Brasil, um paciente hospitalizado é acometido por pelo menos um erro de medicação ao dia (BRASIL, 2013b; CAMERINI; SILVA, 2011).

Considera-se que os erros de medicação sejam importante problema nos serviços de saúde e refletem na qualidade da assistência prestada (JOANNA, 2009; PELLICIOTTI; KIMURA, 2010). Neste contexto, ressalta-se que a enfermagem possui contribuição fundamental no desenvolvimento de estudos e sugestões de melhorias que visem à redução de erros de medicação, uma vez que o preparo e a administração de medicamentos compõem boa parte da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem (SILVA; FAVERO; LORENZINI, 2014).

Pesquisadores têm apresentado muitos estudos sobre erros de medicação na perspectiva da segurança do paciente (CAMERINI; SILVA, 2011; REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012; CARARRO et al., 2012; POON et al., 2010). Porém, existem poucas pesquisas sobre esta temática dentro da atenção de enfermagem em pediatria (BELELA; PEDREIRA; PETERLINI, 2011; YAMAMOTO; PETERLINI; BOHOMOL, 2011; HARADA et al., 2012; BROUSSARD, 2010). As próprias características anatômicas e fisiológicas das crianças, acrescidas das circunstâncias das práticas de cuidado, as tornam mais vulneráveis à ocorrência dos erros de medicamento (WEGNER; PEDRO, 2010; BELELA; PEDREIRA; PETERLINI, 2011). Portanto, o enfermeiro deve ser um facilitador da vivência da hospitalização, tanto para a criança, como para o familiar, deixando de focar somente no aspecto

patológico da internação hospitalar e buscando prevenir a ocorrência de erros (MURAKAMI; CAMPOS, 2011).

A motivação para realização deste estudo advém da experiência acadêmica na única disciplina do curso de enfermagem que aborda a hospitalização infantil, que é Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente. A formação acadêmica voltada para as possibilidades de melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e a importância da segurança da criança hospitalizada foram circunstâncias que instigaram a busca de conhecimentos sobre a prevenção de erros de medicação em pediatria. Frente a estas considerações, a questão norteadora deste estudo é: Qual a percepção da equipe de enfermagem sobre os erros de medicação em pediatria?

A execução desta pesquisa justifica-se pela possibilidade de melhorar a qualidade de atendimento às crianças hospitalizadas, levando em consideração a segurança do paciente, visto que é tema de uma mobilização mundial. Além disso, apesar de ser um tema de extrema importância, ainda existem poucos estudos de enfermagem sobre erros de medicação em pediatria.

2 OBJETIVOS

Para execução desta pesquisa propõe-se um objetivo geral e quatro objetivos específicos, dispostos na sequência.

2.1 Objetivo geral

Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem sobre erro de medicação em pediatria.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar os profissionais de enfermagem quanto à idade, escolaridade, ocupação/profissão, tempo de trabalho na instituição.

Conhecer as condutas dos profissionais de enfermagem frente à ocorrência de erro de medicação.

Conhecer os fatores que levam os profissionais de enfermagem a cometerem erros de medicação.

Conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre a atuação da gestão do setor e da coordenação de enfermagem na prevenção de erros de medicação.

3 JUSTIFICATIVA

O Brasil faz parte, desde 2004, da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, criada pela Organização Mundial da Saúde com o objetivo principal de aumentar a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2013b). Desde então, pesquisadores têm se concentrado em estudos que envolvem a segurança do paciente (CHARLES, 2011; JHA et al., 2010; REIS; LAGUARDIA, MARTINS, 2012; GIMENES et al., 2011).

Considerando o erro de medicação como um evento que ocorre frequentemente nos hospitais (PELLICIOTTI; KIMURA, 2010), entende-se que investigar esta temática seja relevante, sobretudo na área pediátrica, visto que as crianças estão mais vulneráveis a erros (SCHATKOSKI et al., 2009). Estudos sobre

erros de medicação, com abordagem voltada para a segurança do paciente, representam relevância no cenário científico, especialmente para a enfermagem, que dispensa boa parte da sua carga de trabalho na administração de medicamentos (SILVA; FAVERI; LORENZINI, 2014).

Frente a estas considerações, a execução desta pesquisa justifica-se pela possibilidade de melhorar a qualidade de atendimento às crianças hospitalizadas, levando em consideração a segurança do paciente, uma vez que se trata de um tema de uma mobilização mundial. Além disso, apesar de ser um tema de extrema importância, ainda existem poucos estudos de enfermagem sobre erros de medicação em pediatria.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para fundamentação teórica do estudo buscou-se apresentar uma revisão bibliográfica pautada nos erros de medicação, na segurança do paciente, na segurança da criança hospitalizada. Por fim, elaborou-se uma revisão sistematizada apresentando o estado da arte dos estudos de enfermagem sobre erros de medicação em pediatria.

4.1 Erros de medicação

Os medicamentos têm a função de aliviar e combater a dor, assim como tratar e/ou curar as doenças. Porém, estudos evidenciam que erros no tratamento medicamentoso recebido pelos pacientes causam prejuízos pela administração equivocada e/ou sua não administração (MELO; SILVA, 2008; GIMENES et al., 2011).

Embora a busca por uma taxonomia internacional para erro de medicação ainda não foi concluída pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2011), a OMS conceitua o evento adverso como “qualquer ocorrência médica desfavorável, que pode ocorrer durante o tratamento com um medicamento, mas que não possui, necessariamente, relação causal com esse tratamento” (WHO, 2012, p. 18); enquanto a definição adotada pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) refere-se à “complicação, incidente, iatrogenia, erro médico. Os eventos adversos, com ou sem danos, podem ser devido a fatores humanos, fatores organizacionais ou a fatores técnicos” (ONA, 2006, p. 6).

No entanto, atualmente o conceito de erro de medicação mais utilizado é do *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCCMERP) (NATIONAL, 1998), que foi adotado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo definido como

qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado de medicamento ou prejudicar o paciente enquanto o medicamento está sob o controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional em relação à dispensação; distribuição; administração; educação; monitoramento e uso do medicamento (BRASIL, 2009, p. 48).

São reconhecidos na literatura, pelo menos, 12 tipos de erros de medicação (COREN/SP, 2011; GIMENES et al., 2011; TEIXEIRA; CASSIANI, 2010):

1. *Erro de prescrição*: quando a seleção do medicamento ocorre de forma incorreta, dose, apresentação, via de administração, velocidade de infusão,

instruções de uso inadequadas feitas pelo médico e não registro de uma prescrição verbal.

2. *Erro de dispensação*: distribuição incorreta do medicamento prescrito ao paciente.

3. *Erro de omissão*: não administrar medicamento prescrito.

4. *Erro de horário*: o paciente recebe a medicação em horário diferente do prescrito (mais de uma hora de diferença).

5. *Erro de administração não autorizada de medicamento*: quando ocorre a administração de medicação não prescrita pelo médico.

6. *Erro de dose*: quando a administração de medicamento ocorre em dose menor ou maior.

7. *Erro de apresentação*: quando o medicamento é administrado de forma diferente da prescrita.

8. *Erro de preparo*: medicamento incorretamente formulado ou manipulado antes da administração (reconstituição ou diluição incorreta, associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis); armazenamento inadequado do medicamento; falha na técnica de assepsia; identificação incorreta do fármaco; escolha inapropriada dos acessórios de infusão.

9. *Erro de administração*: quando ocorre falha na técnica de assepsia; ou falha na técnica de administração do medicamento; administração do medicamento por via diferente da prescrita; administração do medicamento em local errado; administração do medicamento em velocidade de infusão incorreta; associação de medicamentos física ou quimicamente incompatíveis; falha nos equipamentos ou problemas com acessórios da terapia de infusão; ou administração de medicamento prescrito incorretamente.

10. *Erro com medicamentos deteriorados*: Administração de medicamento com data de validade expirada; ou com integridade física ou química comprometida.

11. *Erro de monitoração*: quando ocorre falha em rever um esquema prescrito para devida adequação ou detecção de problemas; ou falha em monitorar dados clínicos e laboratoriais antes, durante e após a administração de um medicamento, para avaliar a resposta do paciente à terapia prescrita.

12. *Erro em razão da não aderência do paciente e família*: comportamento inadequado do paciente ou cuidador quanto a sua participação na proposta terapêutica.

Classificados como eventos adversos preveníveis, os erros de medicamentos podem ou não resultar em dano ao paciente (BRASIL, 2009). No entanto, por ser considerado um dos principais eventos adversos sofridos por pacientes internados, o erro de medicação é considerado um grave problema nos serviços de saúde (JOANNA, 2009).

Portanto, os eventos adversos são constantemente observados nas práticas de cuidado e considerados importantes indicadores de resultados da qualidade dos serviços de saúde e da assistência prestada (PELLICIOTTI; KIMURA, 2010).

As áreas hospitalares que apresentam grande demanda de pacientes com maior complexidade e gravidade estão mais sujeitas à ocorrência de erros de medicação (PELLICIOTTI; KIMURA, 2010).

Neste contexto encontram-se os profissionais de enfermagem. O preparo e a administração de medicamentos aumenta a responsabilidade dos profissionais de enfermagem, pois a ele é atribuída à culpa de eventual dano, podendo gerar a necessidade de um maior tempo de hospitalização, intervenção terapêutica e

diagnóstica e até mesmo a morte (BRASIL, 2009; NATIONAL, 2005; BOHOMOL; RAMOS, 2007).

Sendo a administração de medicamentos uma das atividades de maior responsabilidade da equipe de enfermagem, entende-se que a produção científica voltada para este tema seja de grande contribuição para a prática de enfermagem, pois maximiza a utilização de vários princípios cientificamente fundamentados, proporcionando o processo de medicação seguro (TELLES FILHO; PRAXEDES, 2009).

Nesse sentido, a literatura indica que há necessidade de investimentos dos pesquisadores para a realização de várias outras investigações que possam contribuir na geração de novos conhecimentos relativos à administração de medicamentos (TELLES FILHO; PRAXEDES, 2009).

Estudo realizado em Porto Alegre (RS), com profissionais de enfermagem, de uma unidade de internação clínico-cirúrgica, em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre, RS, indicou que as etapas do processo de medicação são parcialmente aplicadas. Além disso, evidenciou que os fatores mais comumente envolvidos em erros de medicação são a sobrecarga de trabalho, a identificação incorreta do paciente e a prescrição médica. Fatores ambientais, como a interrupção da tarefa, podem interferir na atenção no momento do preparo. Alguns entrevistados citaram o erro na prescrição médica e o armazenamento incorreto da documentação do paciente. A maioria dos entrevistados referiu que avisaria a enfermeira em caso de erro, para que esta comunique ao médico. Sugere-se que as instituições busquem estratégias para manter a equipe de enfermagem atualizada, através de programas de capacitação (CORBELLINI et al., 2011).

Ao ocorrer um erro de medicação, o enfermeiro é responsável por colher todos os detalhes envolvidos no caso, garantindo segurança no processo, pois deve conhecer a ação e interação dos medicamentos, já que o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem prevê que ele só administre a droga conhecendo seus riscos (FAKIH; FREITAS; SECOLI, 2009). Contudo, por medo de sofrer represálias, processos, perder o emprego e ter sua imagem denegrida, os casos de erros não são notificados pelos profissionais. Assim, não é possível identificar os fatores de risco e construir ações que impeçam a repetição de novos erros (PADILHA, 2004; LEHMANN et al., 2007).

No Brasil, culturalmente, o profissional da saúde é responsabilizado pelos erros de medicação (SILVA; FAVERI; LORENZINI, 2014), os quais estão cada vez mais frequentes, inclusive ganhando espaço nos meios de comunicação.

Estudo realizado com profissionais de enfermagem de um hospital de ensino de Goiânia (GO), que teve por objetivo identificar e analisar as condutas adotadas por técnicos de enfermagem após a ocorrência de erros de medicação, concluiu que a conduta de comunicar o erro prevaleceu entre os profissionais entrevistados. Tal conduta é considerada correta e ética, revelando a responsabilidade e noção de dever por parte dos profissionais da enfermagem. Os resultados mostram, também, a consciência e responsabilidade dos profissionais frente à gravidade do problema, bem como a comunicação do erro ao médico na ausência do enfermeiro (SANTOS et al., 2010).

Uma investigação realizada em uma unidade de clínica médica de um hospital público, com enfermeiros e estudantes do último semestre do curso de graduação em enfermagem, utilizou o método de pesquisa fotográfica de estudos anteriores, para identificar fatores relacionados à organização, acondicionamento e distribuição que poderiam levar a erros na seleção. O estudo sugere que a organização,

distribuição e acondicionamento de medicações nos postos de enfermagem são fatores sistemáticos que podem contribuir para erros de medicação e danos aos pacientes, pois erros de seleção podem ocorrer como falta de organização dos armários e gavetas, ou por distribuição de medicações diferentes e com embalagens semelhantes, no mesmo local (RADUENZ et al., 2010).

No que se refere à técnica empregada pelos profissionais de enfermagem no preparo e administração de medicamentos por sondas enterais, diversos erros podem reduzir o efeito farmacológico. Pesquisa que abordou esta temática constatou a necessidade de investimento na educação dos profissionais, visando à redução erros no preparo e administração dos medicamentos, bem como evitar o comprometimento tanto do suporte nutricional, quanto a eficácia da terapia medicamentosa (RENOVATO; CARVALHO; ROCHA, 2010).

De acordo com essa premissa, pesquisadores acreditam que a estratégia para a redução dos erros de medicação seja a educação continuada, bem como a informatização dos processos assistenciais (SILVA; FAVERI; LORENZINI, 2014).

Frente a estas considerações, corrobora-se que o ideal seria substituir a punição, estabelecendo uma política de notificação, utilizando uma ferramenta para descobrir a causa dos erros, trabalhando na correção do sistema e na prevenção de novos casos (CORBELLINI et al., 2011). Em razão disso, cada vez mais os serviços de saúde, em especial os serviços de enfermagem, estão buscando atingir níveis mais altos de excelência no atendimento, para fornecer assistência segura ao paciente (PELLICIOTTI; KIMURA, 2010).

4.2 Segurança do paciente

A segurança do paciente nos hospitais tem recebido muitas interpretações e gerado debates no mundo todo. Tem-se que a segurança consiste na redução de riscos e danos desnecessários à assistência em saúde até um mínimo aceitável, que se refere àquilo que é viável atualmente, bem como a utilização de recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada (CHARLES, 2011).

A partir da publicação do relatório do *Institute of Medicine* (EUA), intitulado como *To error is human: building a safer health system*, em 1999, intensificou-se a preocupação com erros de medicação. Anualmente morrem entre 44 e 98 mil pessoas vítimas de erros associados à assistência de saúde, excedendo as mortes por acidentes com veículos motorizados, câncer de mama e AIDS. Os pacientes que passam por internações prolongadas devido ao erro de medicação sofrem com o desconforto físico e psicológico. Os profissionais da saúde têm perda de moral e se sentem frustrados por não terem oferecido um atendimento melhor. A sociedade perde com os erros, uma vez que há perda de produtividade do trabalhador, frequência escolar reduzida das crianças, bem como níveis mais baixos de saúde da população (IOM, 1999).

Entre outros países, o Brasil compõe a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, criada pela OMS em 2004 com o objetivo principal de aumentar a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde. As ações incluídas visam reduzir o dano e evitar riscos futuros (BRASIL, 2013e). Os países da América Latina estão se articulando para cumprir as ações previstas. Desta forma, os países devem efetivar o compromisso político, lançando planos, gerando alertas sobre aspectos sistêmicos e técnicos e realizar iniciativas que concorram para a garantia da segurança dos pacientes baseados nas metas internacionais para a segurança do paciente (BRASIL, 2011).

Em abril de 2013 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional para Segurança do Paciente, que visa monitorar e prevenir danos na assistência à saúde (BRASIL, 2013d). Estudo (MENDES, 2005) indica que entre dez pacientes internados nos hospitais brasileiros, pelo menos um sofre com um evento adverso como: queda, administração incorreta de medicamentos, falhas na identificação do paciente, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções ou mau uso de dispositivos e equipamentos médicos.

As três ações propostas por este programa consistem na implementação dos Protocolos de Segurança do Paciente, nos Núcleos de Segurança do Paciente e notificação de eventos adversos, e no edital de Chamamento Público. Os seis Protocolos de Segurança do Paciente têm foco nos problemas de maior incidência. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA estabelece a obrigatoriedade de criação de Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, além da notificação de eventos adversos associados à assistência do paciente. E o edital de Chamamento Público do setor produtivo da saúde para proposição de medidas de ampliação da segurança dos pacientes em serviços de saúde (BRASIL, 2013e).

Os seis protocolos que devem orientar os profissionais na ampliação da segurança do paciente nos serviços de saúde são:

1. Cirurgia segura;
2. Prática de higiene das mãos em serviços de saúde;
3. Prevenção de úlceras por pressão;
4. Prevenção de quedas em pacientes hospitalizados;
5. Identificação do paciente; e
6. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Para a correta identificação é necessário conferir os dados do paciente, como nome completo, data de nascimento, antes da administração de medicamentos; identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do medicamento/hemocomponente, antes de sua administração; verificação rotineira da integridade das informações nos locais e identificação do paciente e checagem de pulseiras de mãe e bebê antes da alta médica. No que se refere à administração de medicamentos é recomendado o uso de etiquetas coloridas ou sinais de alerta para diferenciar as embalagens; padronização da prescrição de drogas, sem abreviações e uso do nome comercial; dupla checagem ao dispensar, preparar e administrar remédios (BRASIL, 2013e).

Nas organizações de saúde, a cultura de segurança tem obtido grande atenção. Mais complexos, os cuidados de saúde aumentam o potencial de acidentes, falhas e erros. Constituem grave problema relacionado ao desempenho dos serviços de saúde as lesões ou danos consequentes do cuidado prestado. Avaliar a cultura de segurança do paciente permite aos hospitais identificar e gerir questões importantes de segurança no trabalho (JHA et al., 2010). Estudo realizado em 2012, com especialistas e população-alvo, descreveu a adaptação transcultural do *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) para a língua portuguesa e contexto brasileiro. Neste estudo constatou-se que a avaliação da cultura de segurança ainda é uma prática emergente no Brasil e o relato de um evento adverso não é uma prática que domina. E, mesmo que a população-alvo tenha relatado que no Brasil alguns hospitais adotam esta prática, relatar eventos (faltas, erros, acidente ou incidentes), ainda não se constitui um hábito frequente (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012).

Há uma lacuna entre a teoria e a prática no que se refere à biossegurança. Objetivando identificar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem frente à

temática de segurança do paciente e as relações deste com o ensino da biossegurança, foi realizado um estudo na Universidade Federal de Santa Catarina com acadêmicos da terceira fase do Curso de Graduação em Enfermagem. Os estudantes referiram que é primordial a abordagem deste assunto na graduação para a prevenção de contaminação do profissional, do paciente e dos familiares, assim como destacam a importância do uso de equipamentos de proteção individual e o correto destino dos materiais contaminados. Relacionam a biossegurança com a segurança do paciente no ambiente hospitalar, sendo uma das formas de evitar acidentes, incluindo, até mesmo, o cuidado com o meio ambiente. Identificam a biossegurança como educação em saúde e educação permanente, citando o enfermeiro como orientador dos outros integrantes da equipe (CARARRO et al., 2012).

Objetivando identificar a frequência dos erros que ocorrem no preparo de medicamentos intravenosos, foi realizado um estudo em um Hospital Sentinela – Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) que identificou taxas de erro acima de 70% na desinfecção de ampolas, troca de agulhas e limpeza de bancada. As três unidades do hospital refletiram um mesmo padrão de desempenho dos funcionários, concluindo que há necessidade de realizar medidas efetivas e continuadas de educação permanente na enfermagem para tornar a assistência hospitalar mais segura para o paciente (CAMERINI; SILVA, 2011).

Em 2011, um estudo realizado com cinco hospitais universitários brasileiros, pertencente à Rede de Hospitais Sentinela da ANVISA, analisou a influência da redação da prescrição médica nos erros de via de administração. Os itens que poderiam ter contribuído com os erros de via mostraram que 91,3% das prescrições continham siglas/abreviaturas, 22,8% não continham dados do paciente e 4,3% não apresentavam data e continham rasuras. Desta forma, os resultados revelaram que muitos pacientes não recebem as doses apropriadas para o tratamento, comprometendo a qualidade do cuidado prestado. O único hospital em que a prescrição era eletrônica foi responsável pela maior frequência de erros de via na administração de medicamentos (GIMENES et al., 2010).

A tecnologia deve ser utilizada para facilitar e garantir o uso de medicamentos de forma mais segura (GIMENES et al., 2009). Entretanto, percebe-se que somente o uso de prescrição eletrônica não elimina a possibilidade do erro, pois, ao permitir o uso de siglas e abreviaturas, pode-se confundir a leitura das informações nela contida (GIMENES et al., 2011) mostrando que, se a tecnologia não for utilizada de forma adequada, poderá não atingir os objetivos de melhorar a prestação do serviço.

4.2.1 Segurança da criança hospitalizada

Dentre as diversas ações de enfermagem, o *Guidelines* de Prevenção de Erro de Medicação destaca: identificar o paciente antes de administrar o medicamento, conferir os cálculos de medicação com um colega, familiarizar-se com os pedidos de medicação e os sistema de distribuição, prestar atenção nos questionamentos dos acompanhantes sobre a administração de medicamento, promover educação para o acompanhante e paciente sobre o plano de tratamento, verificar e registrar peso, alergias e uso de medicação anterior e desenvolver programas de educação continuada (WOODS, 2005).

A segurança do paciente vem sendo inserida nas práticas do cuidado de saúde visando orientar medidas de promoção da segurança da criança hospitalizada. A criança, por ser mais frágil e vulnerável, necessita de atenção

especial dos profissionais da saúde. Com o objetivo de identificar a produção do conhecimento sobre a temática da segurança, proteção e violência à criança hospitalizada, uma revisão de literatura baseada em artigos científicos publicados entre 1997 e 2007, constatou que a produção nacional de pesquisas nesta área é incipiente. No entanto, existe uma mobilização internacional a favor da segurança da criança hospitalizada. As publicações revelam que o evento mais frequente foi o erro de medicação, no qual o registro deveria ser a primeira atitude do profissional de enfermagem (SCHATKOSKI et al., 2009). A partir desta revisão, constata-se que existe a necessidade de implementar ações seguras para a proteção do usuário, bem como estimular a produção de estudos nesta área.

Estudo realizado em um hospital de Porto Alegre, RS, buscou descrever eventos adversos identificados por familiar/cuidador de crianças hospitalizadas em Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP). Os autores defendem que há falta de informações precisas e completas, além da comunicação insuficiente e ineficaz entre a família e a equipe, contribuindo para que a segurança da criança fique comprometida. Essa pesquisa sinalizou a falta de padronização e a aplicação de um protocolo assistencial no setor e reconhecem estratégias que podem representar a segurança da criança na UTIP, como a presença de vários profissionais, tecnologia avançada, profissionais com excelência ofertando cuidado integral às crianças e a proximidade com a família/cuidador (SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012).

Outra pesquisa buscou descrever eventos adversos identificados por familiar/cuidador de crianças hospitalizadas na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP). Percebeu-se falta de informações precisas e completas, além da falta de comunicação entre a família e a equipe, contribuindo para que a segurança fique comprometida. A linguagem não é compreensível e acessível, sentindo-se inseguros e desprotegidos durante este processo. Notaram a falta de padronização e a aplicação de um protocolo assistencial no setor e reconhecem estratégias que podem representar a segurança da criança na UTIP, como a presença de vários profissionais, tecnologia avançada e profissionais com excelência ofertando cuidado integral às crianças e a proximidade com a família/cuidador. Portanto, adotar processos e diretrizes para estimular o trabalho interdisciplinar e de colaboração pode ser decisivo para o crescimento da cultura de segurança (WEGNER; PEDRO, 2012).

Entende-se que o enfermeiro, amparado na legislação e fundamentado no conhecimento científico, exerce papel fundamental na implantação de medidas de segurança para a criança hospitalizada e família. A atuação direta deste profissional junto à equipe de saúde deve mediar a tomada de decisão, minimizando o efeito do evento adverso. No entanto, para a redução de ocorrências adversas, é necessário sensibilizar os profissionais, gestores e idealizadores de políticas públicas de saúde que visem à segurança e proteção dos usuários dos serviços de saúde hospitalares (SCHATKOSKI et al., 2009).

Embora sejam poucos os estudos sobre a segurança do paciente pediátrico, verifica-se que há estudos recentes que abordam a família no contexto da segurança da criança hospitalizada (QUIRINO; COLETT; NEVES, 2010; MURAKAMI; CAMPOS, 2011; SILVA; WEGNER; PEDRO, 2012).

Estudo sobre a repercussão do relacionamento entre familiar e enfermeiro exercendo a assistência direta de criança hospitalizada demonstrou que a maioria dos enfermeiros entrevistados reconhece a importância do familiar na internação,

revelando que o familiar oferece apoio emocional ao transmitir sensação de segurança e proteção à criança (MURAKAMI; CAMPOS, 2011).

Neste sentido, entende-se que além de realizar cuidados técnicos ao paciente, o enfermeiro deve ser um facilitador da vivência da hospitalização, tanto para a criança, como para o familiar, deixando de focar somente no aspecto patológico da internação hospitalar. Os autores enfatizam que para o enfermeiro agir como um facilitador é necessário ter sensibilidade, entender o indivíduo e perceber os fatores que envolvem as dimensões do cuidado. Nesse cenário o familiar deve receber apoio emocional e ser encorajado a participar do processo de cuidado da criança. Portanto, o enfermeiro deve disponibilizar um tempo no seu dia para receber informações, queixas e dificuldades, e, se necessário, realizar treinamentos para que o tratamento seja efetivo (MURAKAMI; CAMPOS, 2011).

Estudo com o objetivo de apreender as concepções da equipe de enfermagem sobre a mãe acompanhante, realizado em uma clínica pediátrica de um hospital da região metropolitana do Recife, PE, revelou que para a recuperação da saúde da criança a mãe/família precisa ter suas necessidades atendidas pelos profissionais de saúde, devendo ser incluída no plano de cuidados (QUIRINO; COLETT; NEVES, 2010). Portanto, corrobora-se com os autores quando ressaltam que o diálogo pode ser um dos primeiros passos para a construção do vínculo entre enfermeiro e família, o que favorece a segurança da criança hospitalizada. Além disso, o apoio emocional para o familiar é importante, até mesmo, para a manutenção da estrutura familiar durante o processo de hospitalização (WEGNER; PEDRO, 2010).

As circunstâncias do cuidado predis põem a criança hospitalizada a eventos adversos, o que interfere na segurança do paciente. Portanto, a complexidade do cuidado em defesa da segurança da criança necessita de mais estudos e aprofundamentos (WEGNER; PEDRO, 2010).

4.3 Erros de medicação em pediatria nos estudos de enfermagem: o estado da arte

Com o objetivo de apresentar o estado da arte de erros de medicação em pediatria, no cenário de enfermagem, realizou-se uma busca sistematizada de estudos sobre esta temática. Utilizando-se os descritores erros de medicação *and* pediatria *and* enfermagem e erros de medicação *and* enfermagem pediátrica, nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Bases de Dados de Enfermagem (BDEnf), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Publicações Médicas (PubMed). Identificaram-se nestas bases de dados 12 artigos que contemplam a temática erros de medicação em pediatria. Estes estudos estão discutidos neste item da revisão bibliográfica.

Verifica-se que os erros com medicamentos são frequentes e graves, e a partir disso pode-se afirmar que a segurança do paciente constitui problema de saúde pública. Cerca de 8% das pesquisas sobre erros de medicação identificadas nas bases de dados nacionais e internacionais referem-se à pediatria, sendo que as crianças apresentam vulnerabilidade maior à ocorrência de erros devido às características anatômicas, fisiológicas, ausência de políticas de saúde e da indústria farmacêutica voltada para tal público. Em vários países, com a finalidade de evitar erros de medicação, o sistema de informatização integrada fornece informações relativas ao cliente em diversos locais de atendimento. Contudo, contemplam-se vários tipos de erros de medicação nas distintas áreas e locais de atendimento às crianças, relativo a múltiplos fatores, evidenciando a prática

profissional e o sistema no qual a assistência é realizada. Os profissionais devem ser incentivados a reavaliarem sua prática e necessidade de reestruturação dos processos de trabalho objetivando a segurança nos atendimentos (BELELA; PEDREIRA; PETERLINI, 2011).

Estudo realizado em um hospital universitário pediátrico de São Paulo analisou ocorrências de erros de medicação ocorridas nos anos de 2007 e 2008. No primeiro ano prevaleceram os erros em faixa etária pré-escolar. No ano seguinte houve aumento de 18% no número de erros, prevalecendo a faixa etária escolar. Em ambos os anos se destacaram a velocidade de infusão errada e erro de dose (YAMAMOTO; PETERLINI; BOHOMOL, 2011).

Em outro estudo, realizado com profissionais da enfermagem de um hospital do interior do Estado de Minas Gerais, que objetivou identificar e analisar os erros no preparo de medicamentos em unidade pediátrica, foram identificados 76 tipos de erros, destacando-se os itens continuidade durante o preparo e nível de ruído, respectivamente com 10 (13,16%) e três (3,95%). Esses dois itens são facilitadores da ocorrência de erros em medicação, pois desviam a atenção do profissional, em momento que a atenção é altamente necessária (VELOSO; TELES FILHO; DURÃO, 2011). Os autores destacam a inexistência de diretrizes para o preparo de medicamentos e a não utilização das técnicas de lavagem das mãos e de desinfecção de frascos e ampolas.

Resultados de um estudo sobre a ocorrência de comunicação do erro de medicação à equipe de saúde e à família, realizado em uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de um hospital de São Paulo – SP, revelaram que a ocorrência da não notificação aconteceu em 47,9% das situações. Nas situações em que os erros foram comunicados, o médico foi o profissional que mais recebeu a informação. O erro mais relatado foi de omissão, seguido de erro de dose e de administração, respectivamente. Em 95,8% dos casos o erro não foi comunicado à família. A identificação da ocorrência é de extrema relevância a fim de propiciar qualidade de atendimento e segurança do paciente (BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010).

A comunicação do erro de medicação é de extrema importância para que se possa analisar cada evento e prevenir a recorrência (BELELA; PETERLINI; PEDREIRA, 2010). Nesse sentido, acredita-se que o registro adequado no prontuário do paciente seja fundamental para a segurança do paciente. Estudo realizado em três unidades de pediatria de um hospital universitário de São Paulo – SP buscou verificar a influência do redesenho de atividades de enfermagem para a redução de erros de medicação. Inicialmente foi realizada a análise dos prontuários em busca de erros de medicação e, a seguir, foram ministradas aulas para posterior entrega do algoritmo. No entanto, a maioria dos funcionários não compareceu ao treinamento, sendo este um dos aspectos limitadores da pesquisa. Após o treinamento, os funcionários realizaram a intervenção proposta pelo período de um mês. Realizou-se outro estudo de análise dos prontuários, porém considerou-se pequena a redução global de erros de medicação ou de documentação (YAMANAKA et al., 2007).

A partir de dados coletados em prontuários de crianças internadas em três unidades pediátricas (cirurgia, infectologia e cuidados intensivos) de um hospital universitário de São Paulo – SP realizou-se um estudo com o objetivo de identificar os erros de medicação. Os resultados indicaram a presença de 21,1% de erros ao avaliar a documentação de enfermagem, destacando-se os erros de omissão. A principal estratégia para mudança da realidade identificada é o programa de

educação continuada e ferramentas de gestão da assistência que permitam desenvolver a prática e monitorar os resultados (MELO; PEDREIRA, 2005).

Em qualquer fase do sistema de medicação podem ocorrer falhas, porém em crianças, idade, peso, estatura, condições clínicas, características do metabolismo e carência de medicamentos específicos para a pediatria contribuem para a ocorrência de erros de medicação. Estudo de atualização sobre segurança na administração de medicamentos em pediatria apresenta aspectos do sistema de medicação e recomendações para a redução de erros de medicação, fundamentado nos princípios da segurança do paciente em pediatria. As recomendações deste estudo contemplam a implantação de sistemas eletrônicos que facilitem a prescrição e checagem da administração dos medicamentos; padronização e armazenamento adequado dos medicamentos; treinamento dos profissionais; farmácia com ambiente físico e recursos humanos especializados na área de pediatria, com disponibilidade de farmacêutico 24 horas, mesmo à distância; implantação de medidas de avaliação do uso de fármacos, notificação e revisão dos erros de medicação; educação dos pacientes e familiares a respeito do tratamento implementado; padronização de escalas e sistemas de mensuração da criança (por exemplo, Kilograma); utilização de formulários que contenham áreas específicas para o registro de alergias e peso, entre outros aspectos que devem ser seguidos para manter a segurança na administração de medicamentos em pediatria (HARADA et al., 2012).

Pesquisa executada com profissionais da saúde de uma unidade de cuidados intensivos pediátricos de um hospital universitário de São Paulo – SP objetivou estudar as ocorrências adversas da prática de enfermagem nas crianças assistidas no local, bem como suas consequências imediatas para o paciente. O número de eventos adversos registrados por criança variou de uma a 11 ocorrências e a idade dos pacientes variou de um dia a 15 anos. Os dados alertam para a necessidade do desenvolvimento de estratégias destinadas a prevenção do erro, porém, antes é primordial ter a compreensão de como os eventos adversos acontecem. Com relação às consequências imediatas os erros de medicação não trouxeram nenhuma consequência, porém 76,8% resultaram em danos diversos, como alteração clínica leve, moderada e grave (HARADA; MARIN; CARVALHO, 2003).

Existe a hipótese de que os fatores diluição e o tempo de exposição a condições ambientais originam pH de antibióticos de administração intravenosa (IV) diferente do identificado em situação ambiental controlada. Com a finalidade de adquirir aporte que indique questões de interesse clínico para a enfermagem na execução da terapia IV, realizou-se um estudo experimental sobre o pH de antibióticos, na qual houve a reconstituição e diluição dos mesmos, sendo expostos a condições ambientais de uma unidade de cirurgia pediátrica. Concluiu-se que alguns valores de pH obtidos constituem fator de risco para aumento de complicações locais da terapia IV. A realização de mais estudos sobre essa temática possibilita ao enfermeiro embasamento e respaldo científico no planejamento e na implementação de cuidados pediátricos (MONTEIRO et al., 2012).

Outra pesquisa com antimicrobianos foi desenvolvida em unidades de clínica médica de cinco hospitais localizados nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil que possuíam vínculo com universidades públicas, sendo campo de estágio para as instituições formadoras de profissionais da saúde. Foram identificados 30,24% de erros de medicação, nos quais 18,5% envolveram medicamentos antimicrobianos que, na sua maioria, foi aplicado fora do horário estabelecido. A equipe de enfermagem deve estar atenta para a sua prevenção, uma vez que a resistência bacteriana está associada ao uso inadequado destes

fármacos. A administração errada pode impedir que alcance o local da infecção e mantenha concentrações suficientes no foco da infecção para exercer sua ação. Evidenciou-se a necessidade do desenvolvimento de ações de promoção do uso racional de antimicrobianos englobando todas as fases do processo de utilização pelas comissões de controle de infecção hospitalar. É primordial conscientizar o profissional de que a resposta terapêutica satisfatória e sem danos ao paciente é responsabilidade da equipe de saúde (MARQUES, 2008).

Estudo de atualização publicado nos Estados Unidos, no ano de 2010, indica que as instituições começaram a investigar os motivos dos erros de medicação a partir do relatório do *Institute of Medicine* (IOM) em 1999, porém não houve redução significativa de erros nos últimos 10 anos. No entanto, está prevista uma melhoria com a integração da tecnologia e a mudança de cultura, visto que a segurança é primordial. Os erros de medicação são mais comuns na população neonatal e pediátrica, se comparado à população adulta, sendo o erro de dosagem o mais comum, uma vez que é necessário realizar cálculos de peso e realizar dosagem fracionada pela ausência de medicamentos específicos para a pediatria (BROUSSARD, 2010).

Em 2008, recomendou-se a padronização das drogas, incluindo identificação, processo de administração e de horário, bem como o uso de tecnologias para garantir a precisão da infusão. Contudo, os enfermeiros devem reconhecer que o uso de bombas de infusão não é garantia contra erros, devendo receber treinamento adequado de todos os equipamentos utilizados. Recomenda-se, ainda, o uso de monitores e oxímetros de pulso para evitar resultados adversos ou sedação excessiva, enquanto as crianças são anestesiadas (REVERE; ELDRIDGE, 2008). Em 2010, foram estabelecidas as metas do Programa Nacional de Segurança do Paciente, incluindo 16 metas (duas referentes à segurança de medicamentos), a fim de auxiliar as organizações credenciadas preocupadas com a segurança do paciente (COMAK, 2009).

Estudo de atualização sobre prevenção de erros de medicação em neonatologia e pediatria informa que nos Estados Unidos as famílias são incentivadas a buscar informações e fazer questionamentos sobre os medicamentos que seus bebês venham utilizar na hospitalização (BROUSSARD, 2010). A *Agency for Healthcare Research and Quality* (2011), uma agência de pesquisa controle de qualidade dos serviços de saúde americanos, apresenta 20 dicas para a população americana proteger-se dos erros médicos, sendo que nove se aplicam diretamente aos medicamentos. A cultura de prevenção de erros de medicação nesse país parece ser presente. De acordo com Broussard (2010), a Academia Americana de Pediatria criou o *Safer Health Care for Kids*, um centro de recursos disponível na *Internet*, para disponibilizar informações e estratégias de segurança infantil à população, especialmente aos familiares das crianças. Acredita-se que seja necessária a criação da cultura de segurança, visto que os erros de medicação são de grande preocupação, principalmente em recém-nascidos e crianças, trazendo grandes consequências e risco de morte. Agências como a *The Joint Commission*, *Agency for Healthcare Research and Quality*, *Institut for Safe Medication Practices* e a Academia Americana de Pediatria estão reunindo esforços para desenvolver diretrizes para proteger as pessoas em risco (BROUSSARD, 2010).

Outro estudo publicado nos Estados Unidos, em 2010, objetivou analisar a literatura de enfermagem relacionada a erros de administração de medicamentos em pacientes pediátricos hospitalizados. Após analisar os dez artigos selecionados constatou-se que a maioria dos medicamentos envolvidos em erros de medicação

era antibióticos, opióides e sedativos, consequentes de erros de dosagem ou omissão. Distração, interrupções, falta de comunicação, erros de cálculos de dose e falta de conhecimento são as causas dos erros de administração, não sendo notificadas por medo de punição, a qual não é indicada, para que os enfermeiros não tenham medo de relatar o erro. Entretanto, as falhas relatadas de forma espontânea proporcionaram um maior entendimento sobre o sistema que ocasionou o erro de medicação. Além disso, destacou-se que os quase erros também sejam notificados para que seja proporcionado um maior conhecimento sobre as falhas do sistema. Ficou a dúvida se as atuais recomendações para a segurança estão sendo colocadas em prática devido ao grande número de erros que ainda acontecem. Seguir um processo formalizado de administração de medicamentos poderia reduzir o número de erros. Com seus cuidados, os enfermeiros desempenham o restabelecimento das crianças, uma vez que o seu papel é muito mais amplo do que relatar erros de medicação, pois inclui prevenção, compartilhamento de experiências, aprendizado e soluções para os erros (GONZALES, 2010).

5 MÉTODO

Neste item é abordada a metodologia que se propõe utilizar na execução da pesquisa.

5.1 Tipo de estudo

Para alcançar os objetivos propostos, optou-se por um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.

O delineamento de pesquisa qualitativa é flexível, capaz de adaptar-se às adversidades durante a coleta de dados, tende a ser holístico, buscando assim uma compreensão do todo, e exige uma análise contínua dos dados para formular estratégias subsequentes e para determinar quando o trabalho de campo está terminado (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Preocupa-se, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2011).

A pesquisa de caráter descritivo pode ser utilizada para descrever as dimensões, as variações, a importância e o significado dos fenômenos. Enquanto os estudos exploratórios caracterizam-se por “desvendar os vários modos pelos quais o fenômeno se manifesta e seus processos subjacentes” (POLIT; BECK, 2011, p. 42).

5.2 Cenário de estudo

O estudo será desenvolvido no setor de pediatria do Hospital Pompéia. Esta instituição, de caráter filantrópico, localizada na Região Nordeste do Rio Grande do Sul, Brasil, com 1.320 funcionários, presta serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde suplementar de Caxias do Sul e área de abrangência da 5ª Coordenadoria Regional da Saúde.

Conforme informações fornecidas pelo departamento pessoal da instituição, o quadro de enfermagem do setor de pediatria é composto por quatro enfermeiros e 31 técnicos de enfermagem.

5.3 Participantes do estudo

Os sujeitos a serem incluídos em estudos descritivos são definidos a partir de uma amostra que possibilite abranger o tema a ser explorado pela pesquisa (MINAYO, 2011). Desta forma, participarão da pesquisa profissionais da equipe de enfermagem atuantes no setor de pediatria do Hospital Pompéia.

É previsto o número inicial de 15 participantes para o estudo. No entanto, para a definição do número de participantes será utilizado o método de amostragem por saturação. A amostragem por saturação é definida pela suspensão da inclusão de novos participantes quando as informações coletadas passam a apresentar redundância (TURATO, 2011), isto é, encerra-se a inclusão de novos participantes quando as informações se tornam repetitivas.

Para inclusão dos participantes será utilizado o critério: estar atuando na equipe de enfermagem do setor de pediatria. Os critérios de exclusão definidos são: estar ocupando cargo de chefia; trabalhar a menos de seis meses em pediatria.

5.4 Coleta de dados

Inicialmente a acadêmica pesquisadora fará contato com a gerência de enfermagem da referida instituição para apresentar a pesquisa e agendar as possíveis datas de coleta de dados. Após seleção dos possíveis participantes será realizado um convite para participação na pesquisa.

Pretende-se realizar a coleta de dados no período de julho a setembro de 2013, por meio da técnica de entrevista semiestruturada, que é um dos principais meios de investigação para realizar coleta de dados que têm enfoque qualitativo (BARDIN, 2009). Esta técnica constitui-se de perguntas fechadas e abertas. O entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2011). Portanto, instrumento desta pesquisa (APÊNDICE A) consiste em um roteiro de entrevista, elaborado pela acadêmica pesquisadora.

As entrevistas serão realizadas individualmente, nas instalações do setor de pediatria do Hospital Pompéia, nos turnos da manhã, tarde e noite, procurando-se manter a privacidade e evitando-se interrupções.

Para melhor aproveitamento dos dados, com a permissão dos entrevistados, as entrevistas serão áudio gravadas em gravador digital e posteriormente transcritas para análise.

5.5 Análise de dados

As informações deste estudo serão analisadas de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo tipo Temática. Este tipo de análise é apropriado para pesquisas qualitativas, oriundas de entrevistas que tratam do modo como as pessoas vivem a sua relação com os objetos cotidianos (BARDIN, 2009). A análise transcorrerá de acordo com as fases apresentadas por BARDIN (2009):

- Pré-análise: fase de organização do material, leitura exaustiva e repetida destas informações. Esta fase objetiva operacionalizar e sistematizar as ideias

iniciais. A partir da leitura constante do material, faz-se escolha dos documentos a serem submetidos à análise; formulam-se as hipóteses e os objetivos e prepara-se o material a ser analisado.

- Exploração do material: fase de classificação do texto que originará as categorias de análise. Faz-se a conclusão da preparação do material através de codificação. Para esta codificação utiliza-se a denominação das categorias.

- Tratamento, inferência e interpretação dos resultados obtidos: apresentação das categorias encontradas e suas frequências, através de tabelas, gráficos, quadros, diagramas, figuras ou modelos. Neste momento da análise os dados podem ser cruzados, associados ou correlacionados.

5.6 Procedimentos éticos

A presente pesquisa ocorrerá em conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, dispostas na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2013c). Portanto, os participantes desta pesquisa serão esclarecidos sobre os objetivos do estudo e as implicações de sua participação, recebendo garantia de anonimato e possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento. Será esclarecido aos participantes que não sofrerão nenhuma forma de coação em decorrência de seus depoimentos (GOLDIM, 2000).

Para garantir o anonimato dos participantes suas identificações serão representadas pela letra E, de enfermeiro(a), e TE, de técnico(a) de enfermagem, seguida de um número (E1, E2, TE1, TE2, ...), conforme a ordem de realização das entrevistas.

Esta pesquisa apresentará risco mínimo, que está relacionado ao possível desconforto ao responder a entrevista. Embora a pesquisa possa não oferecer benefícios imediatos e diretos aos participantes do estudo, entende-se que a partir dos resultados obtidos seja possível lançar estratégias que contemplem a segurança do paciente, especificamente a segurança da criança hospitalizada, desta forma contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem em pediatria.

Existindo concordância em participar da pesquisa, cada participante assinará em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), do qual receberá uma cópia e outra ficará na posse da pesquisadora.

As áudio gravações digitais serão excluídas ao término do estudo. O material transcrito e os TCLE assinados ficarão na posse da pesquisadora responsável pelo período de cinco anos e após serão destruídos.

A pesquisa somente terá início após a autorização do Hospital Pompéia. As pesquisadoras assinarão uma solicitação de autorização da pesquisa à gerência de enfermagem do hospital e aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados por meio de defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Ao término do estudo será enviado um relatório conclusivo à instituição de realização da pesquisa e o mesmo ficará disponível na biblioteca da Faculdade Nossa Senhora de Fátima. Além disso, os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos científicos publicados em periódicos nacionais e/ou internacionais da área de enfermagem.

6 ORÇAMENTO

Revisão de literatura	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Autorização da pesquisa pelo Hospital Pompéia				•							
Aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa					•						
Coleta de dados					•	•	•				
Tratamento e análise de dados					•	•	•				
Elaboração do TCC							•	•	•		
Defesa pública do TCC										•	
Submissão do TCC à publicação científica											•

Fonte: Acadêmica pesquisadora. Caxias do Sul, RS, Brasil, 2013.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70; 2009.

BELELA, A. S. C.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Erros de medicação em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 563-569, 2011.

BELELA, A. S. C.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. L. G. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 3, p. 257-263, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/07.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2013.

BOHOMOL, E; RAMOS, LH. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n.1, p. 32-36, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Boletim Informativo:** segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Brasília, v. 1, n. 1, p.1-12, 2011.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 04 de 10 de fevereiro de 2009:** Dispõe sobre as normas de farmacovigilância para detentores de registro de medicamentos de uso humano. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0004_10_02_2009.html>. Acesso em: 21 mar. 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Glossário**. 2013a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Pos++Comercializacao++Pos++Uso/Farmacovigilancia/Assunto+de+Interesse/Glossario>>. Acesso em: 21 mar. 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde**. 2013b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/apresentacao.html>>. Acesso em 7 abr. 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Resolução 466/2012). **Diário Oficial da União**, 13 jun. 2013c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013**: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília; 2013d. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 26 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Segurança do paciente**. 2013e. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/01/PPT_COLETIVA_SEGURANCA_PACIENTE_FINAL.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2013.

BROUSSARD, L. Small Size, Big Risk: Preventing Neonatal and Pediatric Medication Errors. **Nursing for Women's Health**, v. 14. n. 5, p. 405-408, 2010.

CAMERINI, F. G., SILVA, L. D. Segurança do paciente: análise do preparo de medicação intravenosa em hospital da rede sentinela. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v.20, n.1, p. 41-49, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar 2013.

CARARRO, T. E. et al. A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 14-19, 2012.

CHARLES, V. Segurança do paciente: orientações para evitar os eventos adversos. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 41-49, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/05.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2013.

COMAK, H. **Joint Commission's 2010 Patient Safety Goals Reduce Requirements**. 2009. Disponível em: <<http://www.healthleadersmedia.com/page-2/QUA-239875/Joint-Commissions-2010-Patient-Safety-Goals-Reduce-Requirements>>. Acesso em: 16 mar. 2013.

CORBELLINI, V. L. et al. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 2011.

COREN/SP - CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Erros de medicação: definições e estratégias de prevenção**. São Paulo, 2011. Disponível em <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/erros_de_medicao-definicoes_e_estrategias_de_prevencao.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2013.

FAKIH, F. T.; FREITAS, G. F.; SECOLI, S. R. Medicação: aspectos ético-legais no âmbito da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 132-135, 2009.

GIMENES, F. R. E. et al. Patient safety in drug therapy and the influence of the prescription in dose errors. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, 7 telas, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_03.pdf>. Acesso em 16 mar. 2013.

GIMENES, F.R.E. et al. Medication wrong-route administrations in relation to medical prescriptions. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 1, 7 telas, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_03.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2013.

GIMENES, F. R. E. et al. Influência da redação da prescrição médica na administração de medicamentos em horários diferentes do prescrito. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 380-384, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_03.pdf> Acesso em: 16 mar. 2013.

GOLDIM, JR. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2ª ed. Porto Alegre: Da Casa; 2000.

GONZALES, K. Medication administration errors and the pediatric population: a systematic search of the literature. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 25, n. 1, p. 555-565, 2010. Disponível em: <<http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=475>>. Acesso em: 16 mar. 2013.

HARADA, M. J. C. S. et al. Segurança na administração de medicamentos em Pediatria. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 639-642, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/25.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

HARADA, M. J. C. S.; MARIN, H. F.; CARVALHO, W. B. Ocorrências adversas e consequências imediatas para os pacientes em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 16, n.3, p. 62-70, 2003. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/acta/sum.php?volume=16&numero=3&item=res7.htm>>. Acesso em: 16 mai. 2013.

IOM - Institute of Medicine. **To error is human: building a safer health system**. Academy Press, 1999.

JHA, A. K. et al. Patient safety research: an overview of the global evidence. **Quality and Safety Health Care**, v. 19, n. 1, p. 42-47, 2010.

JOANNA Briggs Institute. Strategies to reduce medication errors with reference to older adult. **Best Practice**, v. 13, n. 2, p. 1-4, 2009. Disponível em: <<http://connect.jbiconnectplus.org/ViewSourceFile.aspx?0=475>>. Acesso em: 16 mai. 2013.

LEHMANN, D. F. et al. **Every error a treasure: improving medication use with a nonpunitive reporting system**. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, v. 33, n. 7, p. 401-407, 2007.

MARQUES, T. C. et al. Erros de administração de antimicrobianos identificados em estudo multicêntrico brasileiro. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 2, p. 305-314, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n2/a16.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2013.

MELO, A. B. R.; SILVA, L. D. Segurança na terapia medicamentosa: uma revisão bibliográfica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 166-172, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2013.

MELO, L. R.; PEDREIRA, M. L. G. Erros de medicação em pediatria: análise da documentação de enfermagem no prontuário do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 2, p. 180-185, 2005.

MENDES, W. et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4, p. 393-406, 2005.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 09-29.

MONTEIRO, C. et al. Potencial hidrogeniônico de soluções de antibióticos submetidas a condições ambientais: ensaio preliminar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 311-319, 2012.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 254-260, 2011.

NATIONAL Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. **What is medication error?** 2005. Disponível em: <<http://www.nccmerp.org/council/council1996-09-04.html>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

NATIONAL Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. **Taxonomy of medication errors**. 1998. Disponível em: <<http://www.nccmerp.org/pdf/taxo2001-07-31.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2013

ONA - Organização Nacional de Acreditação. **Manual Brasileiro de Acreditação - ONA: Glossário e termos técnicos**. 2006. Disponível em: <www.ona.org.br/site/redirect_portal.jsp?PAR=internal_institucional>. Acesso em 22 mar. 2013.

PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas na prática de enfermagem. In: CASSIANI, S. H. B.; UETA, J. **A segurança dos pacientes na utilização da medicação**. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p. 113-121.

PELLICIOTTI, J. S. S.; KIMURA, M. Medications errors and health-related quality of life of nursing professionals in intensive care units. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1062-1069, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POON, E. G. et al. Effect of bar-code technology on the safety of medication administration. **The New England Journal of Medicine**, v. 362, n. 18, p. 1698-1707, 2010. Disponível: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0907115>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

QUIRINO, D. D.; COLLET, N.; NEVES, A.F.G.B et al. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 300-306, 2010.

RADUENZ, A. C. et al. Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, 10 telas, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_02.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2013.

REIS, C. T.; LAGUARDIA, J.; MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2199-2210, 2012.

RENOVATO, R. D.; CARVALHO, P. D.; ROCHA, R. S. A. R. Investigação da técnica de administração de medicamentos por sondas enterais em hospital geral. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 18, n. 2, p. 173-178, 2010.

REVERE, A.; ELDRIDGE, N. Joint Commission National patient safety goals for 2008. **Topics In Patient Safety**, v. 12, n. 1, p. 1-4, 2008. Disponível em: <http://www.patientsafety.gov/TIPS/Docs/TIPS_JanFeb08.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2013.

SANTOS, J. O. et al. Conduas adotadas por técnicos de enfermagem após ocorrência de erros de medicação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 328-333, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a03.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2013.

SCHATKOSKI, A. M. et al. Segurança e proteção à criança hospitalizada: revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, 8 telas, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_20.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2013.

SILVA, E. F.; FAVERI, F.; LORENZINI, E. Error de medicación en el ejercicio de la enfermería: la revisión integradora. **Enfermería Global**, v. 13, n. 34, 2014. No prelo.

SILVA, T.; WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Segurança da criança hospitalizada na UTI: compreendendo os eventos adversos sob a ótica do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 337-344, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.12977>>. Acesso em: 19 abr. 2013.

TEIXEIRA, T. C. A.; CASSIANI, S. H. B. Análise de causa raiz: avaliação de erros de medicação de um Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 139-146, 2010.

TELLES FILHO, P. C. P.; PRAXEDES, M. F. S. Periódicos de enfermagem e administração de medicamentos: identificação e categorização das publicações de 1987 a 2008. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 5, 9 telas, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_20.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2013.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5. ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

VELOSO, I. R.; TELLES FILHO, P. C. P.; DURAO, A. M. S. Identificação e análise de erros no preparo de medicamentos em uma unidade pediátrica hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 93-99; 2011.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 335-342, 2010.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 3, 8 telas, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a02v20n3.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safety monitoring of medical products: reporting system for the general public**. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/ConsumerReporting.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety taxonomy**. 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy>>. Acesso em: 16 mar. 2013.

WOODS, D. et al. Adverse events and preventable adverse events in children. **Pediatrics**, v. 115, n. 1, pp. 155-160, 2005. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/115/1/155.full.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

YAMAMOTO, M. S.; PETERLINI, M. A. S.; BOHOMOL, E. Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 6, p. 766-771, 2011. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a06v24n6.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2013.

YAMANAKA, T. I. et al. Redesenho das atividades de enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 190-196, 2007.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE PESQUISA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pesquisa: *Erros de medicação em pediatria: percepções de profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil.*

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE:	
Nome:	
Código:	Data: / /
CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idade: ____ anos
Tempo de formação:	
Tempo de atuação em enfermagem pediátrica:	
Possui curso de pós-graduação:	
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Especialização: _____
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Mestrado: _____
	<input type="checkbox"/> Doutorado: _____
PERGUNTAS ABERTAS:	
1 – O que você sabe sobre erros de medicação?	
2 – Quando ocorre erro de medicação no setor, qual a sua conduta?	
3 – Nessas circunstâncias, qual a conduta da chefia?	
4 – Como você vê a atuação da coordenação de enfermagem em relação ao erro de medicação?	
5 – Na sua percepção, quais são os erros que mais acontecem nesse setor?	
6 - Na sua percepção, quais são os fatores que contribuem para a ocorrência dos erros de medicação?	
7 – Você gostaria de dizer algo mais?	

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é Elisiane Lorenzini, sou o pesquisador responsável e minha área de atuação é Enfermagem.

Após ler com atenção este documento, ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, *assine em todas as folhas e ao final deste documento*, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisador, em todas as folhas, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Elisiane Lorenzini no telefone: 51 81101476.

Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pompéia, no telefone: (54) 3220.8086, email: cep@pompeia.org.br ou no endereço: Av. Júlio de Castilhos, 2163 – 9º andar – Centro – Caxias do Sul/RS.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

- Título: Erros de medicação em pediatria: percepções de profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil.
- Informações sobre quem está aplicando o termo de consentimento: Aline Portz, acadêmica de enfermagem da Faculdade Nossa Senhora de Fátima. Telefone: 54 9138-3949.
- Objetivos da pesquisa: Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem sobre erro de medicação em pediatria; caracterizar os profissionais quanto à idade, escolaridade, ocupação/profissão, tempo de trabalho na instituição; conhecer as condutas dos profissionais de enfermagem frente à ocorrência de erro de medicação; conhecer os fatores que levam os profissionais de enfermagem a cometerem erros de medicação; conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre a atuação da gestão do setor e da coordenação de enfermagem na prevenção de erros de medicação.
- Detalhamento dos procedimentos: A sua participação nesta pesquisa se dará pela resposta a algumas perguntas em entrevista, que será áudio gravada, e realizada nas instalações deste hospital. Após a transcrição das entrevistas, o áudio será destruído.
- Forma de acompanhamento: Você pode acompanhar o andamento da pesquisa através de contato com o pesquisador responsável ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa.
- Especificação dos riscos, prejuízos, desconforto, lesões que podem ser provocados pela pesquisa: Ao participar da pesquisa, você estará exposto apenas ao risco de desconforto ao responder a entrevista.
- Informação sobre o direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa: Você tem o direito de pleitear indenização, se caso houver danos físicos ou psíquicos em decorrência de sua participação nessa pesquisa.
- Informação sobre o direito de ressarcimento de despesas pela sua participação: Se houverem despesas para você participar dessa pesquisa, terá direito ao ressarcimento.
- Esclarecer que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação: Ao participar dessa pesquisa você não terá direito a receber qualquer pagamento ou gratificação.
- Descrever os benefícios decorrentes da participação na pesquisa: Esta pesquisa pode não trazer benefícios imediatos e diretos aos entrevistados, contudo poderá contribuir com estudos sobre o tema, possibilitando melhorar a qualidade dos atendimentos às crianças hospitalizadas, levando em consideração a segurança do paciente, o que justifica a realização do estudo.

- Esclarecimento sobre o período de participação do sujeito na pesquisa e término de sua participação: Você participará da pesquisa concedendo uma entrevista que será colhida entre os meses de julho à setembro de 2013.
- Garantir o sigilo: Fica desde já assegurado o seu anonimato, isto é, o seu nome nunca aparecerá quando suas informações forem utilizadas.
- Apresentar a garantia expressa de liberdade de não aceitação, bem como de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento usual; Você tem a liberdade de se recusar a participar ou de se retirar da pesquisa a qualquer momento. Você não sofrerá nenhuma penalidade no seu local de trabalho se não consentir, desistir ou se retirar da pesquisa.
- Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Nome e Assinatura do pesquisador _____
Profª. Me. Elisiane Lorenzini

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, (RG _____, CPF _____), abaixo assinado, concordo em participar do estudo Erros de medicação em pediatria: percepções de profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, Elisiane Lorenzini como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador Aline Portz sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Assinatura Dactiloscópica:

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável _____
Profª. Me. Elisiane Lorenzini

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____