

CARACTERÍSTICAS DOS INCIDENTES EM INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA E PROPOSTAS PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE



Autor: Letícia Maria Hoffmann¹

Orientador: Prof. Dr. William Wegner²



Introdução

Segurança do paciente ➔ Segundo a OMS¹, é ausência de dano evitável ao paciente durante o processo de cuidado em saúde.

Incidentes ➔ Ações que podem resultar ou resultaram em danos intencionais ou não intencionais e desnecessários ao paciente.¹

A identificação desses incidentes pelos profissionais possibilita o reconhecimento das fragilidades na assistência prestada a criança e estimula a promoção de práticas seguras.

Objetivo

Descrever os principais incidentes identificados e as estratégias necessárias propostas por profissionais na assistência à criança hospitalizada para repensar os processos nessas circunstâncias.

Método

- Estudo qualitativo descritivo vinculado ao projeto de pesquisa matriz “*Segurança do paciente nos serviços de atenção hospitalar à criança na cidade de Porto Alegre/RS*”.
- Realizado em um hospital pediátrico do município de Porto Alegre/RS em junho de 2017, por meios de duas entrevistas coletivas com profissionais de saúde atuantes em unidades de internação clínica/cirúrgica.
- As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo a análise inicial descritiva.
- Participaram do estudo profissionais que atendem nessas unidades há pelo menos um ano e com experiência na saúde da criança. Excluiu-se os afastados do trabalho ou de férias no período de coleta de dados.
- O estudo foi aprovado no CEP da instituição sob CAAE Nº 43549115.0.3003.5329.

Resultados parciais

Participação de 18 profissionais nas entrevistas coletivas:

- ✓ 1 médica;
- ✓ 1 fisioterapeuta;
- ✓ 2 técnicos e 2 auxiliares de enfermagem;
- ✓ 6 enfermeiros e 6 residentes de enfermagem.

Referência:

World Health Organization (WHO). **Patient Safety Research: A guide for developing training programmes**. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2012.

Erros/riscos comuns na assistência: relacionados à:

- ✓ terapia medicamentosa;
- ✓ falta de materiais;
- ✓ risco de quedas em decorrência de grades dos leitos e camas inadequadas;
- ✓ conduta inadequada dos pais e transporte inadequado dos pacientes;
- ✓ lavagem de mãos inexpressiva;
- ✓ dietas erradas;
- ✓ anamnese inadequada;
- ✓ diagnóstico equivocado do paciente;
- ✓ comunicação falha entre equipe multiprofissional e familiares e entre os próprios profissionais;
- ✓ troca de etiquetas de exames e troca de pacientes, e identificação do paciente trocada.

Fatores para evitar essas circunstâncias mencionados:

Comunicação

melhoraria na comunicação com os familiares/paciente e entre os profissionais.

Processos

identificação de processos realizados inadequadamente para propor melhorias.

Recursos/ gestão organizacional

condições adequadas de trabalho como materiais específicos para os cuidados, quantitativo suficiente de profissionais para a assistência.

Ações de melhorias organizacionais

Realização de capacitações, implementação de protocolos e padronização da aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente e sistematização da assistência.

Conclusão

Proporcionar o feedback entre a equipe multiprofissional favorece a mudança de comportamento e estimula o desenvolvimento de ações que promovam a cultura de segurança do paciente a nível multiprofissional e institucional.

¹Acadêmica de Enfermagem, 9º Semestre, Escola de Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: leticiamhoffmann8@gmail.com

²Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, Escola de Enfermagem, UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: wegnerwilliam@gmail.com