



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Notificação de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria: perceção dos profissionais de saúde

XVI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Joana Filipa Rodrigues Baltazar Mendes

Novembro 2022



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Notificação de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria: perceção dos profissionais de saúde

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Paulo Boto e Professora Ana Rita Goes

Novembro 2022

Agradecimentos

Em primeiro lugar ao Professor Doutor Paulo Boto e à Professora Doutora Ana Rita Goes, na qualidade de meus orientadores, pelo apoio, motivação, disponibilidade e partilha de conhecimentos ao longo deste ano.

Aos meus colegas de trabalho e chefias por me apoiarem, suportarem e inspirarem a ser melhor.

Aos meus amigos, pelo amparo nos desabafos, lágrimas e dramas e pelos momentos de brincadeiras e diversão que possibilitaram trazer maior leveza a este longo caminho.

Às minhas parceiras de mestrado, pelo companheirismo, entretenimento e gargalhadas que me proporcionaram nestes dois anos. Seguramente não seria igual sem elas.

Aos meus pais e irmãos, que me deram as ferramentas necessárias para me conduzir a este momento. Por me apoiarem, compreenderem e entenderem muitas vezes a minha ausência.

Ao meu marido, melhor amigo e amor da minha vida, por ser o meu melhor aliado, o meu braço direito (e esquerdo) e por acreditar em mim, mesmo quando eu própria duvido.

O meu obrigada mais sincero.

Resumo

Introdução: Os erros associados aos cuidados de saúde são um grave problema de saúde pública, com consequências nefastas para doentes e sistemas de saúde. Na área pediátrica existe uma maior probabilidade de erros devido à sua variedade e complexidade. A existência dos sistemas de notificação é uma forma de identificação, rastreio e prevenção de falhas nos sistemas de saúde, que contribui para a melhoria da qualidade e da segurança do doente. Todavia, estes sistemas não são utilizados de forma expectável e a subnotificação é uma realidade. Pouco foi investigado acerca das notificações na área pediátrica, sendo que este estudo tem como objetivo explorar o processo de notificação de incidentes e eventos adversos na perspetiva dos profissionais de saúde no departamento de pediatria de um hospital da região de Lisboa.

Metodologia: Estudo observacional e analítico retrospectivo com abordagem mista (qualitativa e quantitativo). Foram disponibilizados questionários a enfermeiros e médicos e realizadas entrevistas às chefias intermédias do departamento de pediatria.

Resultados e Discussão: Os profissionais de saúde utilizam mais o sistema de notificação interna do hospital, em detrimento do sistema nacional. 85% da amostra referiu subnotificação no departamento onde trabalha. A notificação aumenta com a gravidade dos eventos e com experiência profissional, sendo os enfermeiros a classe profissional que mais notifica. As principais barreiras à notificação neste estudo foram os *near misses*, a falta de tempo e o esquecimento. As principais intervenções adotadas referem-se à formação e sensibilização, o *feedback* e chefias não punitivas. Foram analisadas e exploradas perspetivas das chefias, sobre estratégias para valorizar as notificações e dificuldades sentidos num posto de liderança, onde foi expresso a existência de obstáculos acrescidos colocados pela administração hospitalar.

Conclusões: Investir na utilização dos sistemas de notificação deve ser uma prioridade com o objetivo de rastrear, analisar e diminuir os incidentes e eventos adversos em saúde. O aumento das notificações contribui para aumentar a segurança do utente e, consequentemente, aumentar a qualidade em saúde. Identificar barreiras sentidas pelos profissionais de saúde pode contribuir para implementar intervenções minimizadoras das mesmas. Ações promotoras de reportes possibilitam, não só, melhorar os cuidados de saúde, mas também tornar os sistemas de saúde mais eficientes e rentáveis.

Palavras-chave: gestão do risco, segurança do doente, notificação de incidentes, eventos adversos, pediatria

Abstract

Introduction: Medical errors are a serious public health problem, with harmful consequences for patients and healthcare systems. In the paediatric area there is an increase of the possibility of occurring errors, due to their variety and complexity. Reporting systems are a way of identifying, tracking and preventing failures in health systems, which contributes to improving quality and patient safety. However, these platforms are not used as expected and underreporting is a reality. There is a lack of investigation regarding notifications in the paediatric area, the reason why the aim of this study is to explore the process of reporting incidents and adverse events from the perspective of health professionals in the pediatric department of a hospital in Lisbon.

Methodology: Retrospective observational and analytical study with a mixed approach (qualitative and quantitative). A questionnaire was applied to nurses and physicians, and interviews were conducted to medical and nurses' managers of the pediatric department.

Results and discussion: The health professionals tend to use more the internal reporting system, comparing to the national system. 85% of the sample stated underreporting in the pediatric department where they work. Notification increases with the severity of events and with professional experience, being nurses the ones who report the most. The main barriers to notification in this study were the near misses, lack of time and forgetfulness. The main interventions adopted were related with training and awareness, *feedback* and non-punitive managers. Managers' perspectives were analyzed and explored to value notifications and obstacles felt in a leadership position and was expressed the existence of added obstacles placed by the hospital administration.

Conclusion: Investing in reporting systems should be a priority in order to track, analyze and reduce health incidents and adverse events. Empowerments in notifications contributes to increasing the patient safety and, consequently, the health quality. Identifying barriers felt by health professionals can contribute to implement interventions to minimize them. Actions to promote reporting may improve healthcare, making health systems more efficient and profitable.

Keywords: health quality, patient safety, reporting systems, adverse events, paediatrics

Lista de Siglas

DGS – Direção-Geral de Saúde

IOM - *Institute of Medicine*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Índice

I. Introdução.....	10
II. Enquadramento Teórico	11
1. Qualidade em saúde.....	11
2. Segurança do utente	12
3. Os erros em saúde	13
3.1. O Modelo do Queijo Suíço	15
4. A segurança do utente pediátrico	16
5. Notificação de incidentes e eventos adversos.....	16
5.1. Sistemas de notificação	19
5.2. O NOTIFICA.....	20
5.3. Barreiras à notificação de incidentes e eventos adversos	21
5.4. Estratégias para a notificação de incidentes e eventos adversos	23
III. Questão de Investigação e Objetivos.....	25
1. Questão de Investigação	25
2. Objetivos.....	25
2.1. Objetivo Geral	25
2.2. Objetivos Específicos.....	25
IV. Metodologia.....	26
1. Estratégia de Pesquisa.....	26
2. Tipo de estudo	26
3. População alvo e Amostra do estudo	26
4. Variáveis em estudo	27
5. Recolha de dados.....	27
5.1. Questionário	27
5.2. Entrevistas	28
6. Análise de dados	29
7. Considerações éticas	29

V. Resultados	30
1. Caraterização da Amostra	30
2. Segurança do utente e sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos	31
3. Frequências de Notificações de incidente e eventos adversos.....	31
3.1. Utilização dos sistemas de notificação NOTIFICA e RISI HER+.....	31
3.2. Frequência de Notificação de eventos adversos de acordo com a Gravidade 32	
3.3. Notificações de incidentes e eventos adversos por classe profissional e anos de experiência profissional	33
4. Perspetivas sobre a subnotificação de incidente e eventos adversos e barreiras à notificação.....	35
5. Perceções sobre a notificação de eventos na pediatria	36
6. Fatores promotores de notificações de incidentes e eventos adversos	37
7. Perceções das chefias intermédias em relação à notificação de incidentes e eventos adversos.....	38
VI. Discussão.....	45
VII. Conclusões	53
VIII. Recomendações	56
Referências Bibliográficas	57
ANEXOS.....	62
Anexo 1. Questionário	62
Anexo 2. Consentimento informado da entrevista	69
Anexo 3. Guião da entrevista.....	70
Anexo 4. Parecer da comissão de ética do hospital da região de Lisboa	71

Índice de Figuras

Figura 1 - Pilares do PNSD 2021-2026	13
Figura 2 - O modelo do queijo Suíço.....	15
Figura 3 - Ineficiência/Eficiência da aplicação do modelo do queijo suíço.....	15
Figura 4 – Tipos de incidentes a notificar.....	17

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Relação sobre conhecimento do NOTIFICA e RISI HER+.....	31
Gráfico 2 - N° de pessoas que utilizam do NOTIFIC@ e RISI HER+.....	32
Gráfico 3 - Frequência absoluta de notificações de incidentes e eventos adversos consoante a gravidade	32
Gráfico 4 - N° de pessoas que notificam por classe profissional	33
Gráfico 5 - % por classes profissionais que notifica regularmente.....	34
Gráfico 6 - N° de pessoas que notificam por experiência profissional	34
Gráfico 7- % por anos de experiência profissional que notifica regularmente	35
Gráfico 8 - Subnotificação de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria.....	35
Gráfico 9 - Percepção sobre mais barreiras às notificações pediátricas.....	36

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Equações de pesquisa.....	26
Tabela 2 - Dados sociodemográficos da amostra	30
Tabela 3 - Estratégias promotoras de notificações de incidentes e eventos adversos	37

I. Introdução

Os eventos adversos são acontecimentos que podem culminar em erros, danos ou morte para o doente. Estes eventos têm impactos negativos para os doentes, mas também a nível organizacional, profissional e económico. Neste contexto, a sua prevenção adquire importância significativa¹. Esta temática assume particular relevância quando associada à pediatria, onde a probabilidade de ocorrência de incidentes e eventos adversos é substancialmente maior, dada a vulnerabilidade particular desta especialidade².

A notificação de incidentes e eventos adversos pode assumir um papel fulcral na prevenção de erros associados aos cuidados de saúde, pois permite a identificação e compreensão da sua etiologia³. Porém a subnotificação encontra-se amplamente presente. O envolvimento dos profissionais de saúde no processo é essencial à sua eficiência; desta forma a compreensão da perceção dos mesmos sobre a temática pode contribuir para a melhoria dos processos na adesão às notificações de incidentes e eventos adversos⁴. Poucos estudos foram desenvolvidos na área das notificações de incidentes e eventos adversos em contexto pediátrico, sendo escasso o conhecimento sobre a temática neste contexto.

Ao longo deste trabalho será desenvolvido um estudo de investigação com abordagem mista, com o objetivo de explorar o tema.

Este trabalho encontra-se dividido em seis secções: Introdução; Enquadramento teórico, no qual se realiza uma revisão da literatura, abordando os temas da qualidade em saúde, segurança do doente, o erro e o erro em contexto pediátrico; Questão de Investigação e Objetivos; Metodologia, onde são descritas as fases do curso metodológico; Resultados; Discussão onde são abordadas as limitações do estudo; finalizando com as Conclusões, Recomendações do trabalho.

II. Enquadramento Teórico

1. Qualidade em saúde

A Qualidade em Saúde tem sido alvo de interesse e crescimento nos últimos anos, quer a nível nacional quer internacionalmente ⁵.

Esta é uma temática que começou a ser desenvolvida há mais de 150 anos, mesmo antes de se tornar uma área central dos cuidados. Em 1850, Florence Nightingale concluiu, através de investigação científica resultante de registos de estatística, que a melhoria de condições de higiene e de ventilação favoreciam a recuperação de soldados tratados durante a guerra da Crimeia ⁶.

Mais tarde, no início do século XX, Ernest Codman foi responsável por realizar a associação entre erros relacionados com diagnósticos e a sua correlação com resultados subjacentes, tendo esta correlação o apelidado, até aos dias de hoje, como o pai da medicina baseada na evidência ⁷.

Em 1960, Avedis Donabedian deu o seu grande contributo para a história da qualidade em saúde quando definiu a sua tríade de: Estrutura, Processos, Resultados. A estrutura representa as condições em que os cuidados são prestados: materiais, recursos humanos e condições organizacionais, sendo desta forma considerada muitas vezes o maior pilar da qualidade desta tríade ⁸. Os processos representam os métodos utilizados com vista a atingir resultados, ou seja, as atividades envolvidas na prestação de cuidados de saúde. Os resultados traduzem-se em mudanças, desejáveis ou indesejáveis, no estado de saúde dos indivíduos ou populações ⁷.

A definição de qualidade de Donabedian permitiu o entendimento da necessidade de intervenção sobre pessoas, procedimentos e equipamentos, pois maioritariamente os erros inserem-se em categorias como a estrutura e os processos ⁶. O mesmo autor define qualidade como “ o tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização do bem-estar do doente” ⁹.

No início do século XXI, o *Institute Of Medicine* (IOM) atribuiu características como segurança, eficiência, eficácia, equidade, oportunidade, acessibilidade e centralidade no doente ao conceito de Qualidade. O IOM define o termo de qualidade como a capacidade aumentada dos serviços de saúde atingirem resultados de saúde desejáveis ^{6,9,10}.

Nos anos 2000, nos Estados Unidos da América, com o surgimento da publicação do relatório *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, muitas problemáticas

relacionadas aos cuidados de saúde emergiram, dando relevância a temas como a necessidade da melhoria dos cuidados ⁵.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) acabou por adotar a definição de qualidade do IOM, acrescentando a necessidade de aumentar resultados desejáveis ao conhecimento científico e profissional atual, reforçando a necessidade de uma medicina baseada na evidência no processo de melhoria de cuidados ⁹.

Nos últimos anos, a Direção Geral de Saúde (DGS) descreve a Qualidade como fazer o melhor, no tempo certo e às pessoas certas, devendo ser feita no sítio certo e a um preço o mais baixo possível, de forma adequada às expectativas do cidadão e com o melhor desempenho possível ¹¹.

2. Segurança do utente

A qualidade em saúde e a segurança do utente são temas indissociáveis no que concerne à melhoria continua dos cuidados prestados ¹². A segurança do utente é a dimensão com mais protagonismo da qualidade dos cuidados, de tal forma que é trabalhada como conceito de forma isolada ⁸. A OMS define segurança do utente como a diminuição máxima da probabilidade de ocorrência de riscos ou danos associados à prestação de cuidados de saúde ¹².

Segundo o Diário da República Português, a qualidade e a segurança no sistema de saúde português são uma obrigação ética, contribuindo para a redução dos riscos evitáveis ¹³. A segurança do utente representa uma preocupação global, onde deve existir uma visão sistémica e interligada no entendimento de processos e setores dos cuidados de saúde, para o ajustamento das problemáticas e obtenção de resultados positivos ¹³. Esta temática é abordada de forma crescente, dado o avanço tecnológico significativo que proporciona uma maior resposta a necessidades de saúde, cada vez mais complexas.

A existência de uma liderança sensível para a cultura da segurança é fundamental para manter a equipa de profissionais de saúde motivada, para intervenções centradas na manutenção da segurança do utente. Os líderes, desta forma, assumem o papel de modelo junto dos seus liderados. Estes devem incentivar uma cultura de segurança transversal, de tal forma que ao longo dos tempos esta seja inerente à própria cultura organizacional. Para promover uma cultura de segurança é essencial desmistificar ideias sobre os incidentes em saúde e banir a culpabilização associada ao erro ⁸.

Em Portugal é publicado, a cada cinco anos, uma ferramenta imprescindível e essencial para promover e fortificar a segurança dos utentes no Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD)¹⁴. O mais recente PNSD tem em vista os anos 2021-2026, e a sua relevância e propósito é diminuir os incidentes associados à prestação de cuidados de saúde¹⁵. O plano, que se divide e especifica em cinco grandes pilares de atuação, apresenta objetivos e estratégias, com vista a mitigar os incidentes e erros em saúde, e aumentar a segurança dos doentes³ (**Figura 1**).



Figura 1 - Pilares do PNSD 2021-2026 Fonte: Direção-Geral da Saúde; 2021

3. Os erros em saúde

O erro é responsável por piores resultados em saúde, sendo por isso considerado um grave problema de saúde pública, contribuindo para elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, prejudicando a sustentabilidade económica do sistema de saúde¹⁶. Esta temática apenas se disseminou após a publicação do relatório “*To err is human*” em 1999, onde se veio revelar a estimativa de cerca de 100 mil doentes por ano morriam devido a erros associados aos cuidados de saúde¹.

As terminologias de “erros” “incidentes” e “eventos adversos” são habitualmente confundidas e utilizadas como sinónimos, porém são conceptualmente distintos¹⁰. O erro, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa é uma “resposta, ato ou decisão errada, imperfeição, falha ou engano”¹⁷. A nível dos cuidados de saúde, a utilização da

terminologia “erro” pode ser subjetiva⁸. Os erros médicos, ou associados aos cuidados de saúde, são falhas ou ameaças à segurança do utente, que resultam de falhas na integração das diferentes envolventes no processo de prestação de cuidados⁸. Os erros associados aos cuidados de saúde são consideradas falhas não intencionais, que poderiam ser evitáveis⁴.

Os incidentes em saúde são considerados circunstâncias relacionadas aos cuidados de saúde, que colmataram ou podem colmatar, em prejuízos para o doente⁸.

A terminologia “eventos adversos” foi definida pela classificação internacional da segurança do utente, em 2009, pela OMS, e caracteriza os mesmos como acontecimentos que geram qualquer tipo de dano aos utentes. Os dados existentes sobre a frequência de eventos adversos no percurso de saúde dos doentes, demonstram o longo caminho a ser feito na segurança do utente⁴. Desta forma, o envolvimento e responsabilização da equipa multidisciplinar para a melhoria dos processos pode ser promotor de uma cultura organizacional, onde as problemáticas relacionadas com a segurança do utente podem ser abordadas de uma perspetiva aberta e assertiva, sendo consideradas uma fonte de aprendizagem e de melhoria contínua⁸.

A questão dos eventos adversos tem suscitado particular interesse nos últimos anos, principalmente nos países desenvolvidos. Nos últimos anos, vários estudos foram realizados sobre esta temática. No entanto, e apesar de se saber a dimensão dos elevados custos extra em saúde associados aos eventos adversos, o seu impacto económico é pouco explorado⁸. Na literatura, quando se menciona eventos adversos, refere-se a um qualquer evento que resulte em danos para o doente¹⁸. É igualmente referido o conceito de “evento sentinela”, eventos imprevistos que envolvem morte, lesão ou riscos para os doentes. Estes são chamados de eventos sentinela pois sinalizam a necessidade de investigação sobre o assunto¹⁹.

Existem, também, os eventos que quase aconteceram mas que foram resolvidos (*near misses*), estes eventos não evoluíram para erros por sorte ou porque foram identificados a tempo pelos profissionais de saúde. Os *near misses* são importantes de serem valorizados e notificados, pois permitem aumentar o conhecimento de potenciais futuros erros, preveni-los e melhorar o sistema²⁰.

3.1. O Modelo do Queijo Suíço

O Modelo do queijo Suíço foi desenvolvido por James Reason, em 2000, e tornou-se um paradigma da segurança do doente para a análise de incidentes e eventos adversos¹⁰. Este modelo demonstra as várias barreiras que impedem a ocorrência de danos, contudo existem imperfeições (representadas por buracos nas fatias de queijo) nas barreiras. O alinhamento de todos os buracos representa a ineficiência do sistema e, consequentemente, a ocorrência de um erro. Todavia, torna-se claro que quantas mais barreiras acrescentadas no processo, melhor a eficiência do sistema de segurança²¹. Este modelo, quando aplicado à realidade hospitalar atual, denota que, quanto mais barreiras colocadas entre o doente, menor a probabilidade de erro o atingir. A realização de notificações de incidentes e eventos adversos apresenta-se como mais uma barreira no combate ao erro e consequente aumento na segurança do utente⁸.

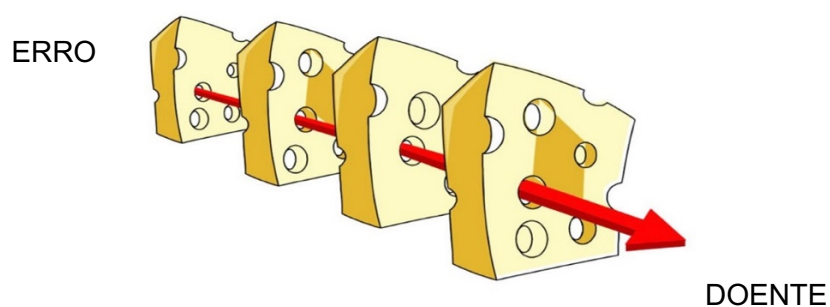


Figura 2 - O modelo do queijo Suíço. Fonte: adaptado de Carvalho, J; 2020

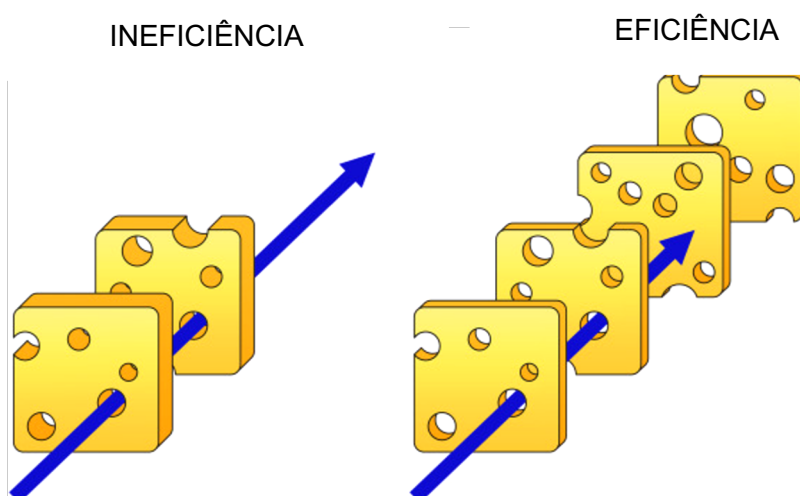


Figura 3 - Ineficiência/Eficiência da aplicação do modelo do queijo suíço Fonte: adaptado de Carvalho, J; 2020

4. A segurança do utente pediátrico

A pediatria é uma especialidade particularmente propensa ao erro devido à sua inerente complexidade e variabilidade. Esta especialidade abrange crianças desde o nascimento aos 18 anos, com toda a sua diversidade de materiais, diferentes formas de avaliação, realização de terapêutica consoante o peso corporal, entre outras variáveis².

O doente pediátrico nem sempre é capaz de comunicar as suas queixas autonomamente, sendo frequentemente necessário alguém que o acompanhe e represente, o que nem sempre é fácil e pode ser gerador de equívocos²². Estatisticamente, no que concerne aos erros de medicação, o mundo da pediatria é considerado três vezes mais suscetível do que o contexto dos adultos¹⁶. Para além da probabilidade aumentada de erros e eventos adversos na pediatria, as crianças correm o risco de sofrer erros e eventos adversos mais graves em comparação com os adultos²³. Segundo um estudo realizado num serviço de Urgência Pediátrica de Ottawa durante 3 semanas, 1 em cada 40 crianças experienciam eventos adversos em contexto de cuidados de saúde. Tendo em conta que a maioria destes episódios poderiam ter sido evitados, encontram-se reunidos os meios necessários para investir em estratégias que melhorem a segurança do doente^{2,24}.

Uma das estratégias utilizadas com a finalidade de melhorar a segurança do doente e, consequentemente, a qualidade em saúde, foi a implementação de sistemas de notificação de incidentes decorrentes dos cuidados de saúde²⁵.

5. Notificação de incidentes e eventos adversos

Como já falado anteriormente, os erros e eventos adversos são um problema de saúde pública, com efeitos por vezes nefastos para os utentes e para a sustentabilidade económica dos sistemas de saúde²⁶.

A notificação de incidentes e eventos adversos começa com a aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, em 2009, onde se comprometia a gerar um sistema de notificação nacional com carácter não penalizador mas que valorizasse a aprendizagem com o erro²⁷. A notificação permite detetar erros e incidentes no processo da prestação de cuidados. O seu objetivo major é permitir a aprendizagem no seio da organização, visando a melhoria de processos⁴. As notificações são consideradas a mais eficiente forma de rastrear erros e potenciais erros²⁶. De forma a tirar o maior proveito desta ferramenta, é necessário não só existir sensibilidade para as notificações, mas para a notificação de eventos que quase aconteceram mas foram resolvidos a

tempo (*near misses*), e de situações potencialmente perigosas no decorrer dos cuidados de saúde⁶. Na figura abaixo é possível observar os incidentes que podem ser notificados de forma sistematizada.

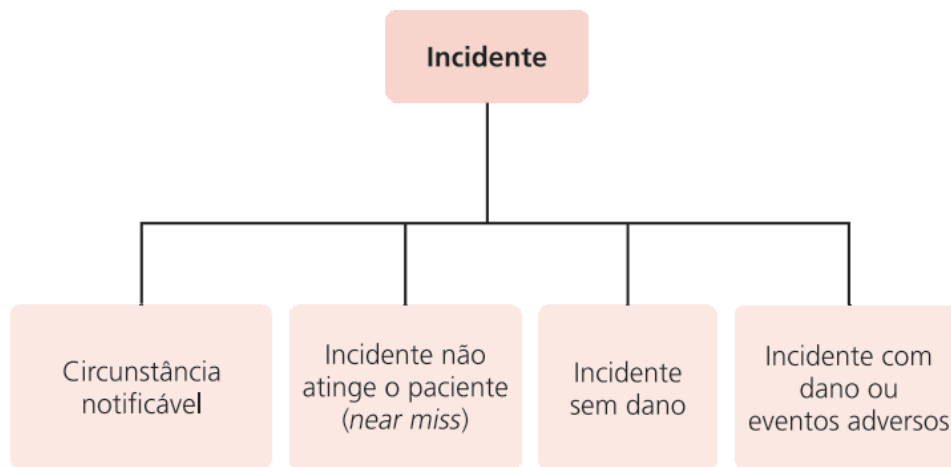


Figura 4 – Tipos de incidentes a notificar. Fonte: adaptado de Sousa, P; 2019

Segundo a OMS, os incidentes acontecem e são inerentes à prestação de cuidados, mas se as organizações hospitalares não os reportam e expõem aos profissionais de saúde, os mesmos podem acontecer repetidamente, prejudicando e comprometendo a segurança dos utentes⁴.

Sabe-se que a notificação de incidentes e eventos adversos permite não só melhorar os processos, a segurança do utente e a qualidade dos cuidados de saúde, como também antever e evitar acontecimentos prejudiciais futuros para os utentes²⁸.

Quando incidentes sem consequências para o utente são notificados, estes possibilitam a existência de um momento de reflexão e aprendizagem sobre o processo realizado, de forma a melhorar a *performance* do sistema. As notificações podem ser promotoras de uma cultura de aprendizagem e segurança, aumentando os conhecimentos profissionais, melhorando os resultados em saúde, com consequente aumento da confiança utente-prestadores de cuidados e uma visão mais realista sobre o sistema e as suas limitações⁹.

Os profissionais de saúde são os principais responsáveis pela utilização desta ferramenta, e como tal, a sua utilização deve ser devidamente formada, avaliada e analisada. Tendencialmente, os mesmos, notificam mais incidentes técnicos sem prejuízo para os doentes do que eventos adversos²⁹. A literatura demonstra que os enfermeiros notificam eventos adversos três vezes mais que os médicos^{6,30}. Num estudo realizado com o objetivo de compreender a postura dos enfermeiros face ao erro,

concluiu-se que os mesmos na sua grande maioria resolvem os eventos adversos sem os reportar. Com esta premissa, podemos mais uma vez fortalecer a ideia de que a ausência de notificação não representa a ausência de eventos adversos. A adesão à notificação parece ter um padrão de acordo com o nível de gravidade, o tipo de incidente em causa ou a profissão. Os eventos adversos mais graves, os que incluem a morte ou incapacidade grave, são estatisticamente mais notificados⁶.

Apesar da clara evidência científica do impacto positivo das notificações no sistema de saúde, todos os estudos apontam para a existência de subnotificação. Simon *et al* (2019) entenderam que os profissionais de saúde expõem os eventos adversos em contexto informal, mas não o formalizam em reportes²⁹. Existem autores que apresentam estimativas da dimensão da subnotificação com números na ordem dos 90% de incidentes e eventos adversos não notificados formalmente⁹.

As notificações e reportes de eventos adversos e incidentes adquirem particular atenção ao serem incluídas nos principais objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020¹⁵. Neste plano, o principal objetivo é assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes. Neste objetivo, foram delineadas intervenções como a promoção de ações de sensibilização para a adesão dos profissionais à notificação de incidentes nas plataformas apropriadas, a análise das origens dos incidentes reportados, a implementação de medidas preventivas dos mesmos e, por fim, a auditoria às práticas realizadas na análise de incidentes, semestralmente. Todas estas intervenções têm como objetivo aumentar em 20% ao ano o número de reporte de notificações nos sistemas de notificações¹⁴. A subnotificação contrasta com a standardização de sistemas de notificações de incidentes e eventos adversos em todas as instituições de saúde⁴. O foco da realização de notificações deve permanecer livre de recriminações e dotada de assertividade³¹. Apenas assim se consegue melhorar a segurança do doente, a qualidade em saúde e promover instituições de saúde de alta *performance*³². De forma a progredir para um reporte de notificações eficaz, foram desenvolvidos sistemas informáticos de reporte de erros e eventos adversos, os sistemas de notificação⁴.

5.1. Sistemas de notificação

A disseminação de sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos ocorreu pelo mundo após a publicação de *“To Err is Human”*. Antes disto, apenas o Reino Unido e a Austrália eram portadores deste tipo de plataforma, com a sua criação em 2003 e 2005 respetivamente⁶.

Esta realidade apenas apareceu em Portugal em 2013, baseada nas recomendações da OMS e do Conselho da União Europeia, com a plataforma de notificações a ser intitulada de “Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos”. No mesmo ano, a DGS atualizou o sistema para o NOTIFICA, o atual sistema de notificações nacional português⁶.

Recentemente foi divulgado, juntamente com o PNSD 2021-2016, que um dos seus cinco pilares essenciais é a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente¹⁵. Neste âmbito, é recomendado o desenvolvimento de sistemas de notificação que sejam promotores da literacia sobre a segurança e aprendizagem com os erros, suportadas em intervenções de melhoria contínua, numa cultura não punitiva e protetora do notificador. Um dos seus objetivos estratégicos prende-se por ampliar a cultura de transparência de incidentes do NOTIFICA, recorrendo a feitos como o encorajamento à notificação e à formação, e disponibilização de ferramentas simplificadoras de notificações³.

Segundo a Norma da DGS emitida em 2014, que se mantém em vigor, todas as instituições de saúde devem possuir uma plataforma de notificações de incidentes relacionados com a prestação de cuidados²⁶. Esta plataforma de notificações pode ser da responsabilidade da própria instituição. Ao longo deste trabalho serão abordados dois sistemas de notificação, o NOTIFICA e o sistema de notificação interno do hospital onde se desenvolve o estudo, o RISI HER+.

No que concerne aos sistemas de notificação, espera-se que os mesmos sejam claros, rápidos e de simples preenchimento. Estudos na área demonstram que os mesmos sistemas são mais eficientes e com notificações de maior qualidade quando são realizados informaticamente. Os profissionais de saúde devem ser orientados no preenchimento e deve ser garantido o sigilo e o anonimato durante todo o processo, de forma a aumentar a confiança no sistema²⁹. Todavia, e independentemente da plataforma, todos os sistemas de notificação são fundamentais para aperfeiçoar processos e melhorar a cultura de segurança das organizações de saúde²⁹.

5.2. O NOTIFICA

Este sistema é uma plataforma online que tem o objetivo de gerir incidentes do sistema Nacional de Saúde Português, pela utilização de profissionais e doentes³³. Nesta plataforma existem três categorias distintas de incidentes: (1) Prestação de cuidados de saúde; (2) Violência contra profissionais de saúde ocorridos no local de trabalho e (3) Utilização de dispositivos médicos corto-perfurantes.

Relativamente aos incidentes associados à prestação de cuidados, é fundamental ter em conta a segurança do utente e as estratégias utilizadas para prevenir a ocorrência de incidentes. O objetivo deste ponto é analisar e aprender com os reportes, na tentativa de impedir a sua repetição. No segundo ponto, incidentes relacionados à violência contra profissionais de saúde, trata-se de um formulário de descrição da situação de forma anónima e confidencial. No tópico de incidentes relacionados com dispositivos corto-perfurantes, apenas são considerados incidentes com utentes, pois os incidentes com profissionais devem ser analisados à luz da legislação sobre acidentes de trabalho³⁴.

No que concerne à tipologia das notificações, a DGS, subdivide as notificações em treze categorias com base na Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente e inclui adicionalmente um espaço para “quedas” e “úlceras de pressão”³⁵.

O sistema de notificações – NOTIFICA tem como objetivo recolher situações relativas à segurança do utente que correspondam a danos/falhas no processo de cuidados. Todas as notificações reportadas têm que ser validadas por um gestor local, segundo a Norma N.º 15/2014 – Sistema Nacional de notificação de 25/09/2014³⁶.

Como já referido previamente, este sistema compila todas as notificações realizadas por profissionais e cidadãos que foram validadas pelos gestores locais. Desta forma, é possível a recolha de informação indispensável para analisar dados e criar projetos, definir planos estratégicos e intervenções de aprendizagem, com vista à melhoria do sistema. Este sistema permite que a DGS recolha informação nacional e implemente medidas nacionais de acompanhamento das instituições e melhoria da qualidade. De relevância mencionar que é usual existirem dúvidas durante o processo de notificação, mas as mesmas podem ser expostas a partir do e-mail: notifica@dgs.pt³⁵.

Apesar de todos os benefícios do NOTIFICA, é necessário salientar que os sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos não traduzem a realidade total sobre as notificações, devido à subnotificação. Não pode ser inferido que por não existirem notificações, não existam eventos adversos⁶.

5.3. Barreiras à notificação de incidentes e eventos adversos

Apesar de todos os incentivos e estudos sobre a importância da notificação de incidentes e eventos adversos na melhoria da segurança do utente e da qualidade dos cuidados, muitas são as barreiras presentes na implementação desta boa prática²⁹. Os obstáculos à realização de notificações são significativos ao ponto de se estimar que, nos EUA, apenas 14% da totalidade dos incidentes são notificados¹.

Na literatura são identificados três grandes grupos de barreiras, nomeadamente: barreiras de desconhecimento, por medo, e circunstanciais⁴.

As barreiras de desconhecimento adquiriram particularidade significativa num estudo realizado nos EUA, por Krouss *et al* (2019), onde foi demonstrado que 72,6% dos médicos não sabem como e o que devem reportar³⁰. De igual forma, em 2021, um estudo realizado num Hospital da Arábia Saudita demonstrou que, quanto menos conhecimento a equipa de saúde apresenta sobre o sistema de notificações, menor a percentagem de notificações realizadas². Muitas vezes existe desconhecimento dos eventos a serem notificados e a falta de conhecimento, pode contribuir para um não reconhecimento da necessidade de reporte³⁷.

Relativamente a barreiras por medo, muitas são as barreiras encontradas. Este é o tipo de barreira mais mencionado pelos profissionais de saúde. Segundo um estudo brasileiro, 73% dos enfermeiros referem sofrer ações punitivas por notificarem ou serem notificados⁴. Um estudo semelhante, realizado em 2019 na Tunísia, demonstrou uma percentagem de 81% para medo de punição e represálias ao notificar³⁸. Um estudo em Israel vai ainda mais longe quando refere que até 96% dos enfermeiros não notificam devido a variados medos³⁹. Assim, os profissionais de saúde, muitas vezes, transmitem em equipa as ocorrências de incidentes e eventos adversos mas não as formalizam com medo de ações disciplinares¹². Segundo Aaron *et al*, numa investigação centrada em médicos especialistas, o medo da ruína da reputação profissional, e consequentes dificuldades na contratação, podem constituir mais exemplos do medo de punição por notificar⁴⁰.

É descrito na literatura que os profissionais de saúde manifestam medo que a administração considere o serviço com problemas e baixa qualidade proporcionalmente à existência de notificações nesse serviço⁴¹. Neste campo, liderança e a cultura organizacional adquirem um papel essencial para que os profissionais de saúde sintam que podem expor os incidentes sem serem prejudicados²⁹.

No grupo de barreiras circunstanciais, inserem-se fatores como dificuldades em reconhecer os erros, limitações para notificar durante o tempo laboral devido a excesso

de trabalho, descrença na proteção de confidencialidade, dificuldades na utilização da plataforma de notificações, falta de treino, acompanhamento e desconhecimento no processo de aprender a notificar, falta de *feedback* relativamente às notificações realizadas e renitência à mudança, esquecimento, falta de habito de notificar, entre muitos outros^{12,28,37}. Em Portugal, um estudo realizado por Carvalho (2020), centrado nos enfermeiros, demonstrou que a principal barreira à realização de notificações é o esquecimento⁶.

Manifestamente, a literatura demonstra que sistemas de notificações complexos, de difícil acesso, duplicação de informação promovem a não adesão dos profissionais de saúde ao processo⁴¹.

Subsiste também uma dicotomia face à execução das notificações de eventos adversos, com perspetivas de responsabilização das chefias na recolha de informação para a realização das notificações, porém já se comprovou que a responsabilização individual favorece a frequência de notificações⁴. É também documentado na literatura a desincentivação à notificação devido a barreiras impostas por parte das chefias⁴².

Segundo Fatima *et al*, 25% dos enfermeiros refere a falta de tempo, muitas vezes associada à falta de profissionais de saúde na prestação de cuidados e sobrecarga de trabalho, como um motivo que pode conduzir à necessidade de tempo extra horário de trabalho para realizar notificações, o que por sua vez pode inibir a sua realização⁴.

É descrito que o facto de muitos eventos não se converterem em danos graves ou outras quaisquer consequências para os doentes, ser um motivo para a não notificação dos mesmos. Tendencialmente existe uma maior notificação de eventos que acarretam danos e danos graves aos doentes⁴³.

A tendência à subnotificação é tão intrínseca nas culturas organizacionais dos hospitais que nem mesmo normas ou *guidelines* são suficientes para alcançar melhorias²⁹. Largamente os estudos encontrados na área de identificação de barreiras à realização de notificações de incidentes e eventos adversos não englobam a perspetiva dos profissionais da área da pediatria. Acrescendo a complexidade e, consequentemente, o aumento da probabilidade de incidentes e eventos adversos, considera-se de extrema importância e pertinência a exploração da problemática sobre a subnotificação juntos dos profissionais da área da pediatria.

5.4. Estratégias para a notificação de incidentes e eventos adversos

A área da aviação foi pioneira na implementação de estratégias de segurança e promoção da qualidade. Os seus sistemas de reporte de notificações eram inicialmente pouco utilizados até serem implementadas estratégias motivacionais e incentivos aos profissionais⁴⁴. Na área da saúde não se encontra ainda difundida a implementação de estratégias específicas de incentivo pela realização de notificações, todavia esta pode ser uma alternativa eficaz a se ponderar, para aumentar a utilização dos sistemas de notificação. Porém, segundo Aaron⁴⁰, nos EUA, foram implementados incentivos aos médicos que reportassem pelo menos 5% da totalidade dos incidentes e eventos adversos nos seus locais de trabalho por ano, com benefícios salariais extras para a sua reforma. Outro estudo desenvolvido nos EUA²⁴ demonstrou que os incentivos financeiros são a estratégias mais eficaz para aumentar a adesão à notificação.

Mesmo perante todas as barreiras existentes à notificação, deve ser canalizado esforço pela organização de saúde no sentido de sensibilizar, motivar e incentivar os profissionais de saúde a notificarem incidentes e eventos adversos⁴⁴.

Estudos nesta área realizados em contexto hospitalar, nos EUA e no Egipto, apresentam sessões de educação/sensibilização sobre a importância da realização de notificações na segurança do utente como estratégias eficazes no aumento da percentagem de notificações realizadas pelos profissionais de saúde³¹. A formação contínua e sistemática sobre a importância da segurança do utente é uma das formas comprovadas de aumentar os reportes¹. Estas sessões formativas devem ser realizadas no seio da equipa multidisciplinar com vista a aumentar a confiança, comunicação eficaz e a cooperação das diferentes classes profissionais na identificações de erros e *near misses* a serem participados⁴.

Utilizar sistema de notificação eletrónicos, simples de manusear e de fácil acesso é essencial²⁵. Tornar o sistema de notificação conhecido nas organizações, simplificar os processos de notificações e publicar *guidelines* com orientações à notificação, torna a sua utilização mais apelativa aos profissionais⁴⁵. A literatura demonstra que a utilização de mensagens e lembretes aos profissionais de saúde pode ser uma estratégia eficaz para relembrar a importância da notificação⁴⁰. Um estudo conduzido no Reino Unido concluiu que a existência de incidentes pré estabelecidos mais comuns nos sistemas de notificação podem funcionar como um elemento mais fácil para o reporte de eventos frequentes³².

É necessária a realização de medidas de combate à cultura punitiva, motivação e sensibilização para a temática da segurança do doente com objetivos definidos para a

redução de incidentes e eventos adversos, incentivos concretos aos profissionais de saúde pela realização de notificações. Recomenda-se, também, a necessidade de amplificar a investigação nesta área, no sentido de difundir a crescente necessidade de novas políticas de saúde voltadas para a segurança do doente⁴.

Mais importante ainda é o papel da liderança neste tema. Os líderes devem promover um ambiente seguro para que enfermeiros e médicos se sintam livres, confiantes e valorizados no processo de notificações. Deve ser transmitida a importância da participação ativa no processo e a valorização em fazê-lo. Ao ser dada esta oportunidade e abertura à participação, fortalece-se a segurança dos doentes, que passa a ser colocada como um tema de elevada prioridade, melhorando a qualidade dos serviços de saúde prestados⁴⁴.

Findando, a literatura demonstra que a implementação de apenas uma estratégia é eficaz na promoção das notificações mas a atuação conjunta, com múltiplas estratégias, é mais eficiente na obtenção de melhores resultados⁴⁰.

III. Questão de Investigação e Objetivos

1. Questão de Investigação

Qual a perceção dos profissionais de saúde de um departamento de pediatria face às notificações de incidentes e eventos adversos?

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Explorar o processo de notificação de incidentes e eventos adversos na perspetiva dos profissionais de saúde no departamento de pediatria de um hospital da região de Lisboa.

2.2. Objetivos Específicos

1. Avaliar o conhecimento dos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos NOTIFICA e RISI HER+.
2. Descrever e caracterizar a frequência de notificações de incidentes e eventos adversos realizadas pelos profissionais de saúde.
3. Comparar a notificação de incidentes e eventos adversos de acordo com o grupo e título profissional e anos de experiência profissional.
4. Compreender as crenças dos profissionais de saúde face às notificações de incidentes e eventos adversos.
5. Identificar as principais barreiras à notificação e intervenções promotoras de notificações de incidentes e eventos adversos
6. Compreender a perceção das chefias sobre as barreiras e intervenções promotoras de notificações de incidentes e eventos adversos.

IV. Metodologia

1. Estratégia de Pesquisa

A revisão bibliográfica para o enquadramento teórico deste trabalho, foi realizada no período de Dezembro de 2021 a Maio de 2022, nos idiomas português, inglês e espanhol. Restringiu-se a pesquisa aos anos entre 2017 a 2022. As bases de dados/motores de busca utilizados foram: Nacional Library of Medicine (PubMed) e SCOPUS | WEB OF SCIENCE.

Os descritores de pesquisa na PubMed foram realizados segundo os Termos MESH. As equações de pesquisa usadas podem ser vistas na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Equações de pesquisa

PubMed	("Risk Management"[Mesh] OR "Patient Safety"[MeSH]) AND "Health Personnel"[Mesh] AND ("adverse events"[ti] OR "incident reporting"[ti])
SCOPUS	("Risk Management" OR "Patient Safety") AND ("Health Personnel" OR "health professionals") AND ("adverse events" OR "incident reporting")

2. Tipo de estudo

Com vista a atingir os objetivos proposto, foi realizado um estudo observacional e analítico retrospectivo de abordagem mista, com um desenho sequencial, em que a componente qualitativa pretendeu aprofundar a compreensão de aspetos identificados na componente quantitativa.

3. População alvo e Amostra do estudo

A população alvo corresponde à totalidade de médicos e enfermeiros que integram o departamento de pediatria de um hospital público da região de Lisboa (população alvo=169)

Para este trabalho foram considerados dois grupos de participantes. Num primeiro momento consideraram-se os enfermeiros e médicos de um departamento de pediatria de um hospital público da região de Lisboa, que foram convidados a preencher um questionário.

A amostra foi não probabilística tendo sido convidados a participar todos os enfermeiros e médicos do mesmo departamento e incluídos todos os que aceitaram participar. Num segundo momento, foram considerados enfermeiros e médicos com cargos de chefia intermédia tendo o processo de seleção seguido uma técnica de amostragem intencional, tendo em conta critérios que representassem de enfermeiros e médicos do departamento em questão

4. Variáveis em estudo

No presente estudo, relativamente à abordagem qualitativa, a variável dependente é a perceção da amostra sobre as notificações de incidentes e eventos adversos e as variáveis independentes são: idade, sexo, experiência profissional, título profissional e formação académica completada.

5. Recolha de dados

5.1. Questionário

O instrumento escolhido para a recolha de dados da componente quantitativa foi um questionário individual de autopreenchimento online. Este questionário foi inspirado em questionário desenvolvidos anteriormente no âmbito de estudos sobre este tema^{39,46,47}.

Este questionário é composto por um conjunto de questões de resposta fechada e de resposta aberta. No caso das perguntas de resposta fechada, foram incluídas respostas em escala de Likert e perguntas de resposta múltipla. O questionário é constituído por 5 grupos que abordam os seguintes temas: inicialmente é exposta uma questão sobre a importância das notificações na segurança do utente, utilizando a escala de Likert. De seguida, no grupo dois, são introduzidas questões sobre o conhecimento e utilização dos dois sistemas de notificação de incidentes abordados no presente trabalho. No terceiro grupo é avaliado a frequência de notificação segundo a gravidade do incidente utilizando também a escala de Likert. Posteriormente, no grupo quatro é realizada uma questão sobre a perceção do profissional relativamente à subnotificação no departamento de pediatria onde trabalho. Posto isto, é realizada uma questão com possibilidade de resposta dupla, uma delas restrita devido a opções pré-estabelecidas onde se selecionam as mais adequadas, tendo em conta a perceção do inquirido, e outra associada a uma opção de resposta aberta para introduzir novos temas. No grupo cinco é realizada uma questão sobre se existe mais constrangimentos à notificação por trabalhar com população pediátrica, sendo dada a opção de explorar a razão caso

resposta afirmativa. O último grupo de desenvolvimento, o seis, é constituído por uma questão de resposta aberta para expor intervenções promotoras de notificação.

O sétimo e último grupo é composto por questões sociodemográficas e destina-se a caracterizar a amostra, segundo a idade, sexo, experiência profissional, título profissional e formação académica completada (**ANEXO 1**). O conteúdo do questionário foi sujeito à apreciação por especialistas ligados à área da qualidade. Com o auxílio de um pré-teste estruturado, examinado por três peritos hospitalares ligados à área da qualidade em saúde, avaliaram todas as questões do questionário quanto à sua clareza, relevância e representatividade. Após apreciação pelos especialistas e respetivas reformulações, o questionário foi preenchido por dois enfermeiros e dois médicos, não ligados à amostra, mas com características semelhantes à mesma, com finalidade de validar a sua compreensão, tendo novamente sofrido alterações de sintaxe.

O questionário foi administrado através de uma plataforma digital para a recolha de dados por inquérito (Google Formulários).

Os questionários foram disponibilizados online (maio-julho de 2022) depois de sensibilização por e-mail e pessoalmente a todos os enfermeiros e médicos do departamento de pediatria do hospital selecionado. Foi articulado com as chefias intermédias formas de sensibilização ao preenchimento do questionário, de forma a obter o maior número de respostas possível.

5.2. Entrevistas

Após a realização e análise dos resultados dos questionários foi desenvolvido o guião de entrevista (**ANEXO 2**). O guião da entrevista teve por base os resultados do questionário realizado anteriormente e como objetivo compreender a perceção das chefias sobre as barreiras e intervenções promotoras relativamente às notificações de incidentes e eventos adversos. Para tal, foi construída uma entrevista semi-estruturada guiada às chefias intermédias do departamento de pediatria do mesmo hospital, onde foi aplicado o questionário de forma a explorar a sua perceção e crenças face ao tema em estudo.

Neste sentido, o guião inclui um tópico de abertura com uma pergunta introdutória ao tema que permitisse a partilha aberta das perspetivas dos participantes, seguido de dois tópicos focados nas barreiras à notificação e intervenções promotoras da notificação. No caso destes dois tópicos, os participantes foram convidados a observar os resultados

das respostas aos questionários e a comentá-los. No final, os participantes foram convidados a refletir sobre o seu papel específico na promoção da notificação.

As entrevistas foram realizadas pela investigadora em ambiente calmo e propício de uma conversa privada. Foram realizados esclarecimentos aos participantes no momento antecedente à entrevista e assinados os consentimentos informados previamente (**ANEXO 3**). As entrevistas foram realizadas individualmente a cinco elementos das chefias intermédias do departamento de pediatria do hospital selecionado, de forma a manter a confidencialidade dos dados. As entrevistas foram audiogravadas integralmente, tendo sido transcritas manual e integralmente o seu conteúdo. No processo de transcrição, os dados foram anonimizados, tendo sido sempre utilizado designadamente o género masculino, de forma a impossibilitar a identificação dos diferentes elementos dado a pequena dimensão da amostra.

6. Análise de dados

Os dados obtidos por questionário foram analisados com recurso a estatística descritiva. Foram também cruzados dados sociodemográficos com duas das variáveis do questionário.

Os dados obtidos por entrevista foram analisados com recurso à análise de conteúdo recorrendo ao Word e Excel para sistematizar, categorizar e expor os dados. Na construção da narrativa de apresentação dos resultados, as categorias identificadas foram ilustradas com recurso a citações dos entrevistados que aludem às ideias emergidas, com vista à sua justificação e enriquecimento.

7. Considerações éticas

Os participantes do estudo foram informados sobre o contexto e objetivos do estudo, reforçando que a análise dos dados seria unicamente para investigação científica, bem como garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e sua eliminação no final do estudo. Foi dada a liberdade de não participação e foi sempre assegurado que a mesma não lesaria o indivíduo em questão. O estudo foi realizado mediante autorização prévia da comissão de ética do hospital onde decorreu o estudo (**ANEXO 4**).

V. Resultados

1. Caracterização da Amostra

A caracterização sociodemográfica da amostra da componente quantitativa é apresentada na **Tabela 2**. Esta amostra é constituída por 103 elementos. Segundo os dados colhidos, a mesma é constituída 87% por pessoas do sexo feminino. Em relação à idade, existe um perfil tendencialmente jovem, sendo que 89% tem idade inferior a 46 anos. No que concerne à experiência profissional, quase metade da amostra tinha menos de 10 anos de experiência. Relativamente ao título profissional, 63% corresponde a enfermeiros e 33% a médicos. Observa-se que 57% dos inquiridos apresenta formação pós-licenciatura.

Tabela 2 - Dados sociodemográficos da amostra

	Categoria	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Idade	<25 anos	3	3%
	25-35 anos	52	50%
	36-45 anos	37	36%
	46-55 anos	8	8%
	56-65 anos	3	3%
	>65 anos	0	0%
	Prefiro não responder	0	0%
Sexo	Feminino	90	87%
	Masculino	13	13%
	Prefiro não responder	0	0%
Experiência Profissional	<10 anos	48	47%
	10-20 anos	42	40%
	21-30 anos	11	11%
	31-40 anos	2	2%
	>40 anos	0	0%
	Prefiro não responder	0	0%
Título Profissional	Enfermeiro Generalista	43	42%
	Enfermeiro Especialista	22	21%
	Médico Interno Pediatria	15	14%
	Médico Pediatra	14	14%
	Outros médicos	5	5%
	Prefiro não responder	4	4%
Formação académica completada	Licenciatura	43	42%
	Pós-Graduação	15	14%
	Mestrado	43	42%
	Doutoramento	1	1%
	Prefiro não responder	1	1%

2. Segurança do utente e sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos

Todos os inquiridos classificaram os sistemas de notificação como importantes ou muito importantes. No que se refere ao conhecimento dos participantes quanto aos sistemas de notificação disponíveis, verificou-se um maior desconhecimento em relação ao sistema nacional NOTIFICA (54% não conhece) do que em relação ao sistema do hospital RISI HER+ (15%). De destacar que, entre os participantes que conhecem os sistemas de notificação, entre 32% a 34% nunca os utilizou (**Gráfico 1**).

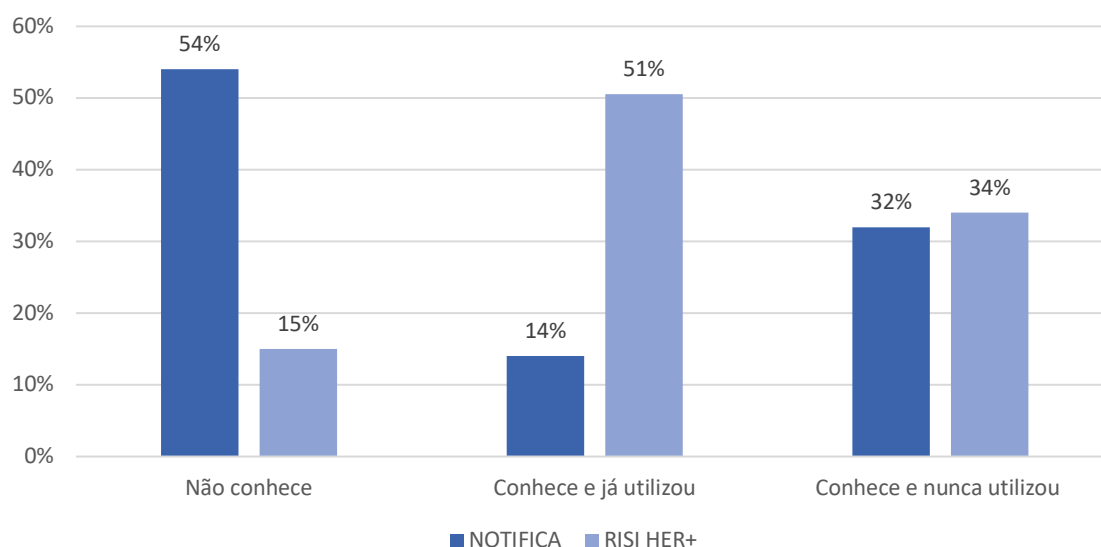


Gráfico 1 - Relação sobre conhecimento do NOTIFICA e RISI HER+

3. Frequências de Notificações de incidente e eventos adversos

3.1. Utilização dos sistemas de notificação NOTIFICA e RISI HER+.

Previsivelmente, e de acordo com os resultados anteriores sobre o conhecimento dos dois sistemas de notificação apresentados, o NOTIFICA é manifestamente o sistema de notificação menos conhecido e utilizado pela amostra comparativamente com o sistema de notificação interno do hospital, o RISI HER+.

Apenas 14% dos profissionais referiram utilizar o sistema NOTIFICA, com uma baixa frequência de utilização. No caso do sistema RISI HER+, 50% dos profissionais utiliza o sistema de notificação, embora a maioria o faça poucas vezes.

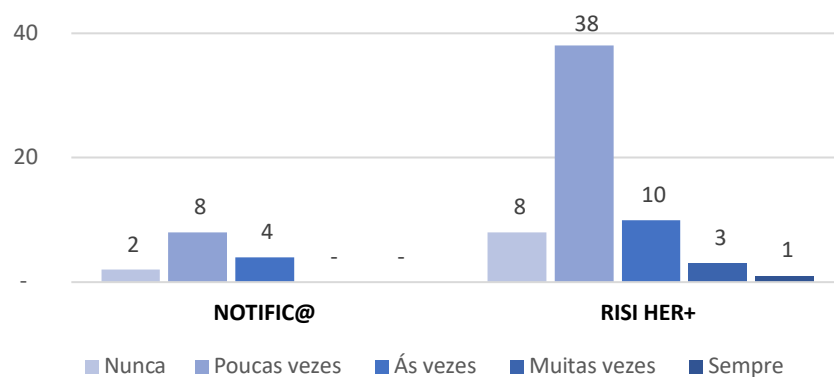


Gráfico 2 - N° de pessoas que utilizam do NOTIFIC@ e RISI HER+

3.2. Frequência de Notificação de eventos adversos de acordo com a Gravidade

No que se refere à frequência de notificação de incidentes e eventos adversos de acordo com a percepção da gravidade do acontecimento, verificou-se que a maioria dos inquiridos refere “Nunca” notificar eventos que quase culminaram num erro e eventos que não acarretaram dano para as crianças. Porém, a realidade inverte-se em eventos que acarretaram dano para as crianças, com a maioria da amostra a referir que notifica “Sempre”. É ainda notório que a propensão à notificação aumenta proporcionalmente com a gravidade dos eventos. Os dados sugerem, também, uma tendência para que a notificação seja mais frequente nos casos dos eventos que culminaram em danos para a criança (47% muitas vezes ou sempre), em contraste os eventos que não acarretaram danos para a criança (16%) e com os *near misses* (12%) **Gráfico 3.**

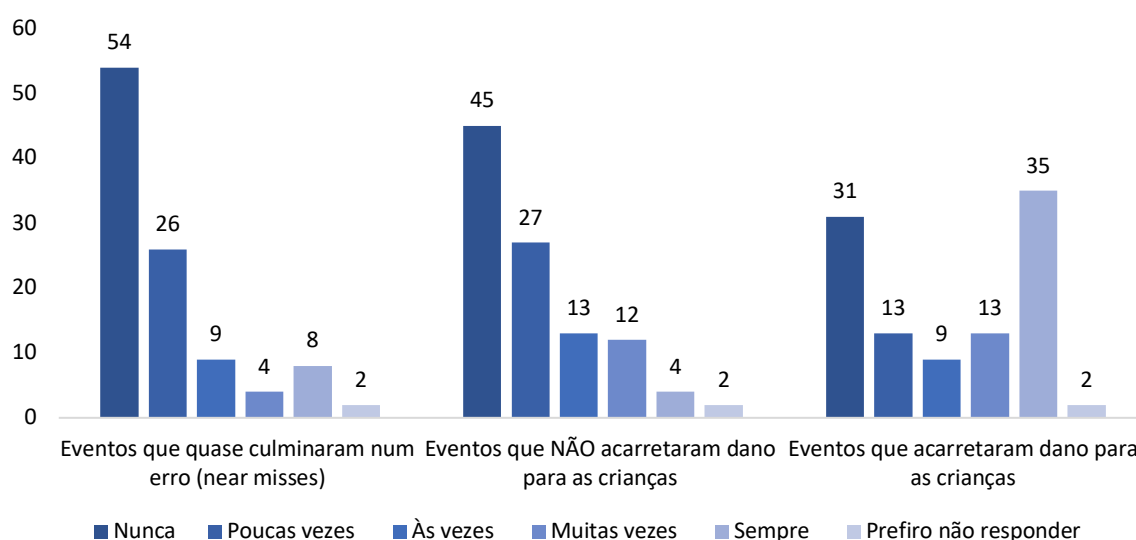


Gráfico 3 - Frequência absoluta de notificações de incidentes e eventos adversos consoante a gravidade

3.3. Notificações de incidentes e eventos adversos por classe profissional e anos de experiência profissional

Foi desenvolvida mais aprofundadamente a matéria sobre a frequência de utilização do sistema de notificação e de dois dados sociodemográficos. O sistema de notificação relacionado foi o RISI HER+ por ser o sistema com utilização prevalente pela amostra.

Os resultados obtidos na questão “Com que regularidade utiliza o RISI HER+?” foram cruzados com os títulos profissionais “enfermeiro” e “médico”. A partir do **Gráfico 4**, é possível visualizar que um maior número de enfermeiros respondeu a esta questão e, portanto, a forma mais justa de avaliar é percentualmente por classe profissional. Nos dados apresentados, uma maior percentagem de enfermeiros referiu já ter notificado (58%) em comparação com os médicos (41%). É de notar, também, que a proporção de enfermeiros que já notificou alguma vez é superior à que nunca notificou, em contraste com os médicos.

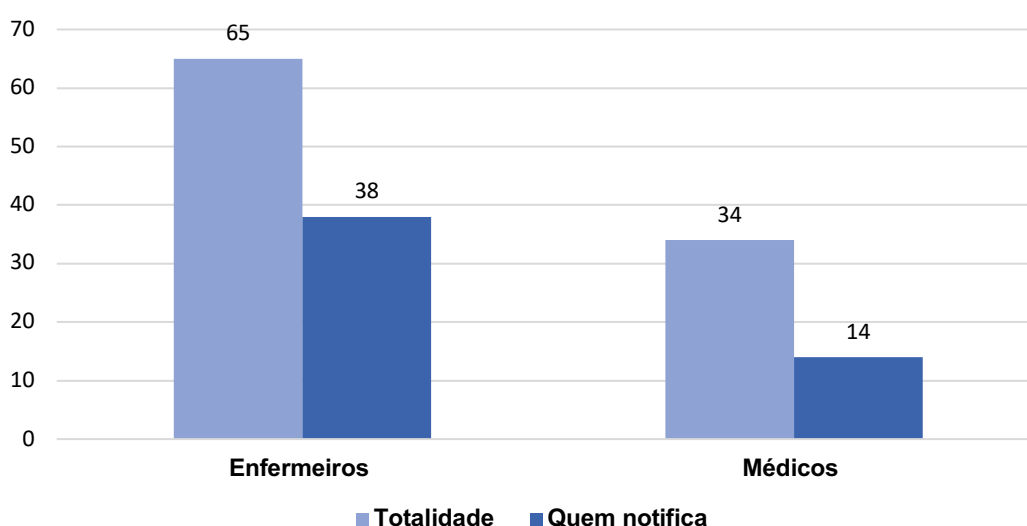


Gráfico 4 - N° de pessoas que notificam por classe profissional

Correspondente à proporção de enfermeiros que já realizaram notificações, 71% refere realizar notificações poucas vezes. No grupo dos enfermeiros é possível aferir, ainda que apesar de diminutas, existem respostas de “Sempre” e “Muitas vezes” contrastante com nenhuma resposta da classe médica. No que se refere à proporção de médicos de notificam, 78% dos mesmos refere notificar poucas vezes. Na classe médica não existiram respostas de “Sempre” ou “Muitas vezes” relativamente à regularidade de notificações realizadas. Parece existir uma relação entre a frequência das notificações

e a classe profissional, sendo os enfermeiros a classe profissional que tende a notificar mais e com mais regularidade (**Gráfico 5**).

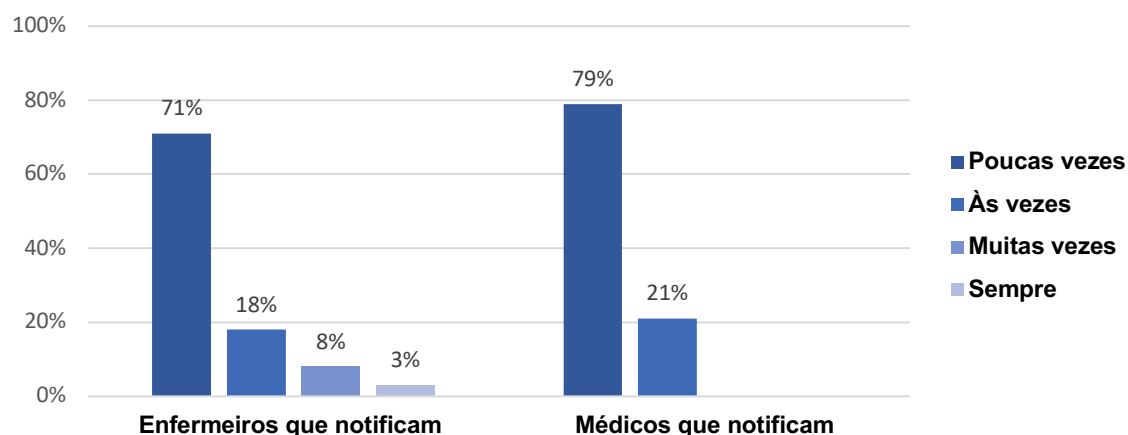


Gráfico 5 - % por classes profissionais que notifica regularmente

De seguida, e na mesma linha de pensamento, foram cruzados os dados sobre a frequência de notificações e a experiência profissional (**Gráfico 6**).

A partir do **Gráfico 6**, é possível observar que um maior número de profissionais com mais de 10 anos de experiência respondeu a esta questão e, portanto, a forma mais justa de avaliar é percentualmente por classe profissional. Nos resultados expostos abaixo, uma maior proporção de profissionais mais experientes referiu já ter notificado (62%), em comparação com os menos experientes (38%) que notificam menos. É de denotar que a maioria de profissionais com <10 anos de experiência profissional nunca notificou, e que no grupo com ≥10 anos de experiência profissional verifica-se o oposto com a maioria já tendo notificado.

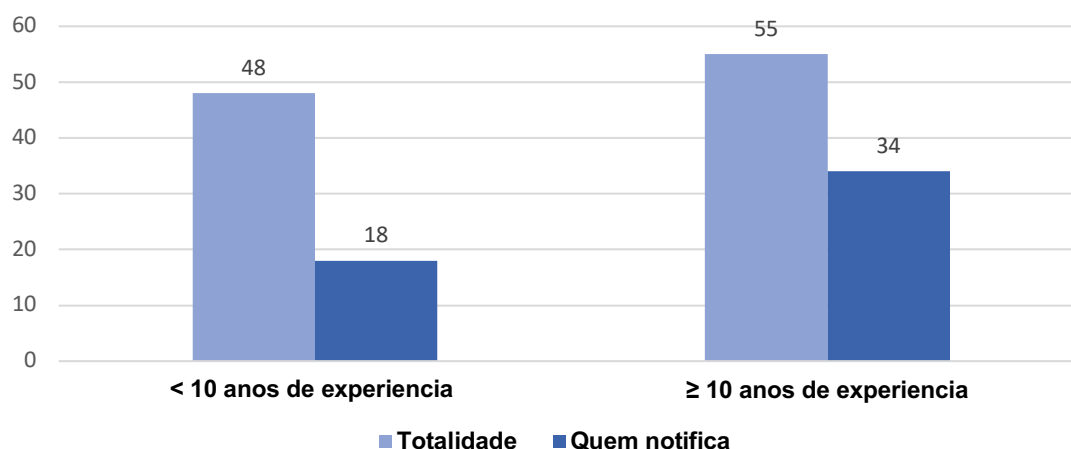


Gráfico 6 - Nº de pessoas que notificam por experiência profissional

Da proporção da amostra com ≥ 10 anos de experiência profissional que referiu já ter notificado, 68% relatou fazê-lo “poucas vezes”, a mesma questão ao grupo < 10 anos de experiência profissional correspondeu uma proporção superior (83%). Aqueles que responderam “Sempre” e “Muitas vezes” fazem parte do grupo com mais experiência profissional (13%), contrastando com nenhuma resposta equivalente no grupo menos experiente.

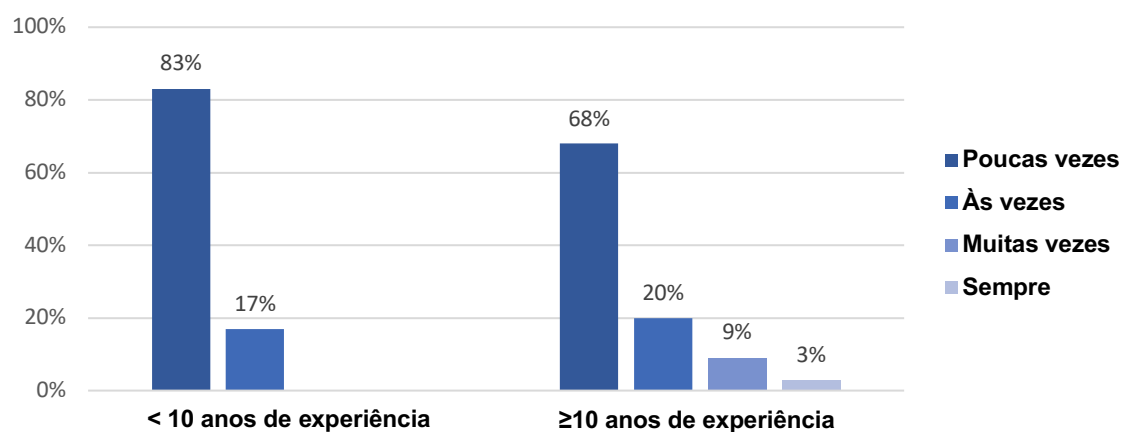


Gráfico 7- % por anos de experiência profissional que notifica regularmente

4. Perspetivas sobre a subnotificação de incidente e eventos adversos e barreiras à notificação

No que se refere à opinião dos participantes quanto ao problema da subnotificação, 85% concorda ou concorda totalmente que "Existe subnotificação de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria onde trabalho" (**Gráfico 8**)

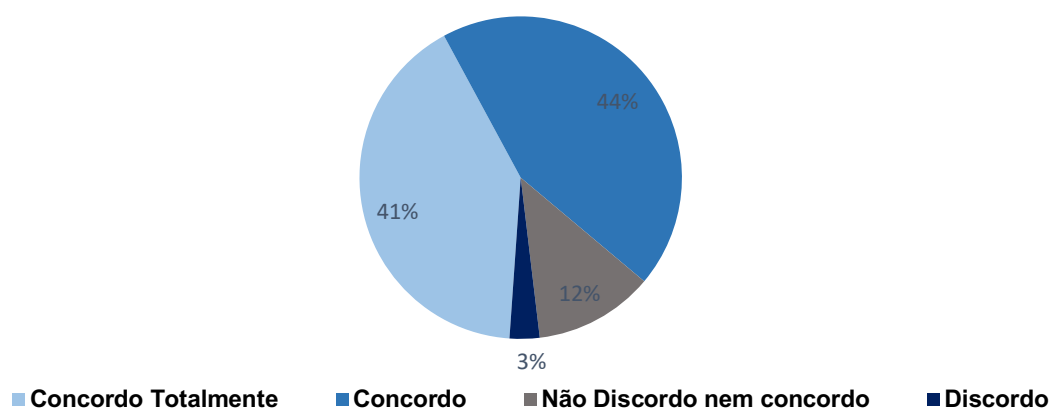


Gráfico 8 - Subnotificação de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria

Relativamente às barreiras à notificação, as barreiras mais assinaladas foram a própria natureza do evento, isto é, **incidentes que quase aconteceram mas que foram resolvidos (51%)** e a **falta de tempo** para notificar (49%). 39% **esquecimento**; 31% **não reconhecer quais os incidentes a notificar**; 27% **não existir *feedback*** sobre as notificações realizadas; ter **medo de “denunciar” os colegas e de ser repreendido por notificar** com 22% e 21% respetivamente; acreditar que **notificar não muda nada** e **não ter formação suficiente na área da segurança do doente** são também uma das barreiras apontadas com 20%.

Existiram ainda alguns inquiridos que utilizaram o campo de resposta aberta para expressar outras barreiras como: habitualmente as notificações são realizadas pelos superiores hierárquicos e dificuldades na utilização dos sistemas de notificação

5. Perceções sobre a notificação de eventos na pediatria

Relativamente à especificidade do contexto da pediatria no que se refere à notificação de incidentes e eventos adversos, 50% acredita não existirem mais constrangimentos nem barreiras à notificação por trabalhar em contexto pediátrico (**Gráfico 5**).

Entre os 10% que manifestou concordar com a afirmação, foram enumerados como barreiras e constrangimentos específicos, um maior sentido de responsabilidade devido a população mais vulnerável, a probabilidade de erros mais graves e medo de consequências para os profissionais.

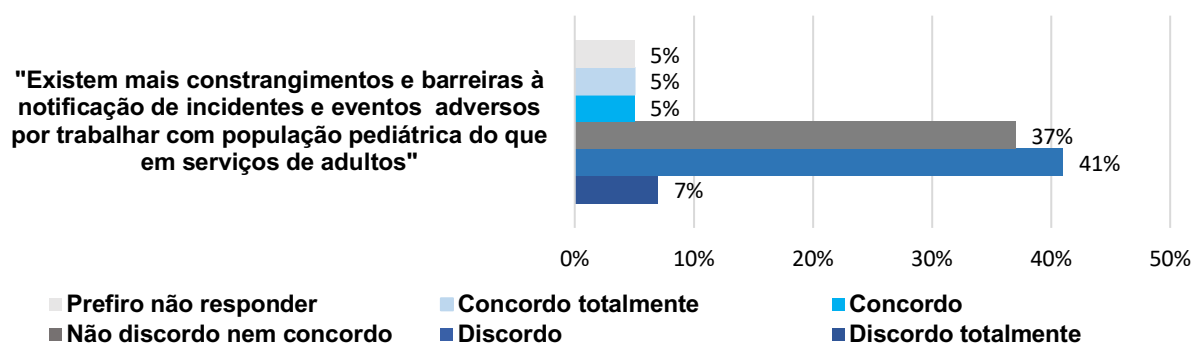


Gráfico 9 - Percepção sobre mais barreiras às notificações pediátricas

6. Fatores promotores de notificações de incidentes e eventos adversos

Quando questionados acerca de ações e intervenções a serem implementadas de forma a promover a notificação de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria onde trabalham, 69 participantes (67%) apresentaram a **formação** sobre a temática, seguida pela sensibilização (28%). Foi mencionada a vontade de **sensibilizar da equipa** para a importância das notificações, sendo que 10% da totalidade das respostas demonstrou a necessidade de **chefias mais comprometidas e menos punitivas**. Uma grande parcela das ações expostas, cerca de 17%, indicou interesse em **feedback** das notificações realizadas como estratégia incentivadora no processo. Cerca da 10% da amostra referiu ainda que é relevante existir **chefias comprometidas, sensibilizadas e não punitivas** perante este assunto. A **confidencialidade e o anonimato** foram também enumerados por 7% da amostra. Existiram intervenções expostas, com 6% das respostas a incidirem sob **incentivos diretos** aos profissionais que notifiquem e a **alertas informáticos para notificar**.

Tabela 3 - Estratégias promotoras de notificações de incidentes e eventos adversos

Estratégias promotoras	Frequência absoluta	Frequência Relativa
Formação	69	67%
Sensibilização	29	28%
Feedback	17	17%
Chefias comprometidas, sensibilizadas e não punitivas	10	10%
Anonimato e confidencialidade	7	7%
Incentivos	6	6%
Alertas informáticos para notificar	6	6%
Envolvimento da equipa nos processos de melhoria	5	5%
Simplificar sistema de notificação	3	3%
Elemento chave de apoio a notificações	1	1%
Contabilizar tempo de trabalho extra para notificar	1	1%

7. Percepções das chefias intermédias em relação à notificação de incidentes e eventos adversos

Participaram nas entrevistas cinco profissionais com papel de chefia intermédia. Dada a pequena dimensão da amostra e população elegível para este componente, não são apresentadas características dos participantes para não ameaçar o anonimato da informação partilhada.

Ao descreverem a experiência do departamento de pediatria na área da notificação de incidentes e eventos adversos, os participantes posicionaram a questão como um tema de nível organizacional global e não específico da pediatria

(E3) *“...qualquer profissional deste hospital, tem o direito e o dever e obrigação de fazer notificações. Isto faz parte do hospital, e tem a ver com a qualidade, o sistema de qualidade do hospital... entra no programa de integração, mas específico do departamento não.”*

Na discussão sobre as barreiras à notificação, foram identificadas barreiras de três diferentes categorias: Individuais, Organizacionais e Estruturais.

Dos elementos individuais, foram identificados a **desmotivação**, o **medo** e a **falta de conhecimentos ou competências**. A desmotivação foi o mais enumerado pelas chefias, onde são descritos comportamentos de descrença face à própria atitude em notificar, em que os profissionais acreditam que, mesmo que notifiquem as questões identificadas, não serão resolvidas devido à forma como o sistema está estruturado e organizado.

(E2) *“as pessoas pensam que não vai servir para muito e, portanto, não vale a pena estar a dispor de tempo para as fazer.”*

Um dos entrevistados vai ainda mais aprofundadamente ao referir que as questões estruturais e organizacionais, que exigem uma resposta da administração, são as mais complicadas.

(E5) *“para resolver estes problemas implicam alterações estruturais ou funcionais, às quais a administração do hospital não dá resposta e, portanto, nada acontece...”*

Relativamente aos elementos organizacionais, é mencionado o facto de o **sistema não ser friendly** e a própria **cultura organizacional** existente. No que concerne ao sistema não ser *friendly*, foi referido que o sistema não é simples nem prático, que é complexo, exaustivo e aborrecido por ocupar muito tempo no seu preenchimento.

(E3) *“o sistema não é muito simples, não é muito prático, aquilo leva algum tempo. Quase que seria mais fácil pegar no e-mail do que ter que seguir aqueles passos.”*

(E5) *"é chato de preencher, demora-se a preencher... tem que se fazer a identificação do serviço, o tipo de evento que foi, a gravidade que teve, a probabilidade de voltar a ocorrer, onde é que ocorreu, quem é que envolveu... Ou seja, implica descrever com pormenor, muito pormenor, o que aconteceu."* (E5)

No que se refere à cultura organizacional, os participantes reconhecem a dificuldade em operacionalizar a notificação.

(E3) *"é cultural... nós gostamos muito de falar e de reclamar, mas quando temos que passar para escrita desistimos."*

Um dos entrevistados alude a uma diferença de comportamento na equipa, estando a cultura de notificação mais presente na equipa de enfermagem comparativamente com os médicos.

(E4) *"a cultura (nos médicos) não está integrada como na equipa de enfermagem."*

Por fim, os elementos estruturais são constituídos pela **falta de tempo e excesso de trabalho**. Neste ponto, várias são as alusões aos escassos recursos humanos, à sobrecarga de trabalho dos profissionais, ligada diretamente à falta de tempo para tarefas consideradas menos prioritárias.

(E5) *"demora-se a preencher, é timeconsuming... consome tempo para ser notificado, é capaz de ser a grande barreira".* (E2) *"ocupa algum tempo à notificação, e as pessoas tem muito trabalho, estão sobrecarregadas".*

É de salientar que existiram ainda dois dos entrevistados que referiram **não existir barreiras** à notificação de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria.

(E4) *"Eu acho que não há propriamente barreiras".*

Quando confrontados com as cinco barreiras mais mencionadas no questionário, perante a barreira relativa à natureza dos eventos, isto é, incidentes que quase aconteceram mas que foram resolvidos, as opiniões dividiram-se. Se por um lado, uns manifestaram uma grande valorização dos *near misses*, com a justificação de evitar novos eventos futuros, por outro, outros consideraram que a gravidade dos incidentes pode ser um fator na tomada de decisão em notificar e desvalorizaram eles próprios a notificação de *near misses*.

(E4) *"é fundamental reportar que é para não acontecer a segunda vez... estes são tão importantes como os outros."*

(E1) *"isso requer notificação porquê?"*

(E5) *"existem alguns incidentes, mas são incidentes que nem se justifica notificação."*

É referido ainda que existem alguns profissionais que podem não reconhecer a importância destes eventos, e que os elementos dinamizadores da qualidade podem ter um papel essencial na realização de formações com vista à prevenção destes eventos

(E3) *"os elementos dinamizadores além da chefia, podem trabalhar isto no sentido de ter um plano de ação para medidas preventivas".*

Relativamente à **falta de tempo**, foi referido que devido ao excesso de trabalho, esta pode ser desvalorizada e considerada uma tarefa secundária.

(E2) *"eu compreendo que com tanto a fazer, isto seja considerada uma tarefa minor pelos profissionais."* mas também foi referido que é difícil valorizar esta barreira, pois tal como no ponto seguinte não lhe é atribuído importância devida.

Em relação ao **esquecimento**, os participantes justificam-no com a baixa importância atribuída à notificação.

(E1) *"Se esquecem é porque não foi muito importante".*

No que concerne ao **reconhecimento dos incidentes a notificar**, foi destacada como responsabilidade individual, dado que o hospital fornece oportunidades de aprendizagem sobre esta temática aos profissionais

(E2) *"acho que há aí alguma responsabilidade individual... O hospital tem feito alguma coisa para dar a conhecer o sistema de notificação"*

(E3) *"As pessoas sabem, e no seu programa de integração isso é explicado".*

Mas outros participantes reconheceram a necessidade de mais formação nesta área.

(E1) *"existem muitas pessoas que não sabem fazer notificações...mais formação é que devia ser dada, pelos profissionais mais qualificados".*

Finalmente, em relação à **falta de feedback**, verificam-se perspetivas divergentes. Dois entrevistados responderam existir *feedback* sempre que as notificações são relevantes

(E1) *"feedback, nas situações relevantes, existe sempre".*

Contudo, foi apontado que o *feedback* mais frequente pelo e-mail, poderia ser uma alternativa mais específica e adequada.

(E2) *"deveria existir uma maior articulação entre a qualidade superiormente e quem está na prática...(o feedback) é dado sempre de forma muito educada, mas pouco pertinente, pouco adequada à situação em si..."*

No que se refere a potenciais intervenções para aumentar as notificações de incidentes e eventos adversos, foram identificadas quatro grandes intervenções: **formação, sensibilização, divulgação de informação e soluções, e melhor articulação com a qualidade**. A primeira, e mais mencionada pelos entrevistados, foi a **formação**. Nesta área foi descrita a necessidade formal de ensinar a equipa, de como, onde e de que forma se deve notificar, no sentido de aumentar e potenciar os reportes.

(E1) *"Formação no sentido das pessoas saberem onde notificar, quando notificar, o que notificar...o que é realmente importante."*

Outro aspeto mencionado com a mesma frequência foi a vontade de **sensibilizar para o tema**, onde é exposta a necessidade de mudar a perspetiva punitiva das notificações.

(E2) *"a mudança de paradigma de pensar que o sistema de notificação serve para fazer queixinhas"*

É ainda referido pelo mesmo entrevistado a necessidade de embelezar a temática sobre as notificações, no sentido de a tornar mais apelativa

(E2) *"tornar o tema interessante, porque as pessoas não consideram que seja um tema interessante"*.

É com base na sensibilização que se remete a outra intervenção: a **divulgação de informação e soluções à equipa**. Espera-se que, com base na informação disponibilizada, exista mais consciencialização do tema e motivação para fazer parte deste processo de melhoria.

(E4) *"devia ser dado conhecimento do que se faz, do que aconteceu, do que não aconteceu, mas podia ter acontecido, dos near misses e do que foi feito. Porque se as pessoas todas perceberem isso, percebem o interesse em notificar..."*

(E5) *"Eu acho que é isto que motiva as pessoas a preencher o sistema de notificação, é verem a resolução daquilo que notificam..."*.

Um dos entrevistados chega mesmo a referir uma hipótese de divulgação à equipa, com recurso ao e-mail de forma mensal.

(E4) *"Pôr uma divulgação no serviço, por e-mail às pessoas...mensalmente."*

Por fim, a última intervenção mencionada por dois entrevistados, para além de reforçarem a importância do envolvimento de toda a equipa no processo, destacam o papel dos **dinamizadores da qualidade**.

(E3) *"os elementos dinamizadores da qualidade, podem trabalhar isto no sentido de ter um plano de ação para medidas preventivas."*

Outro elemento da chefia reforça a ideia, dizendo mesmo que os elementos dinamizadores da qualidade podem

(E2) *"agilizar uma comunicação com o departamento de qualidade mais eficaz, eficiente e produtiva."*

Perante as propostas de intervenção mais apresentadas nos questionários, as reações dos participantes refletiram essencialmente a grande coerência entre estas propostas que emergiram dos questionários e as suas próprias propostas.

No que se refere à **formação**, todos concordaram que a falta de competências, conhecimentos, informação e *feedback* sobre as notificações anteriores estão na base desta intervenção. Foi referido que algumas das crenças dos profissionais devem-se a lacunas no conhecimento sobre o sistema de notificação.

(E5) *"não tem formação para saber como funciona o sistema de notificação."*

É fortalecida a ideia da necessidade de priorizar os objetivos da notificação, de onde, de como e de que forma pode ser feita no sentido de otimizar o sistema. É ainda aludida a ideia da possibilidade de acompanhamento e/ou formação individual pelos agentes dinamizadores da qualidade, aquando da presença de um evento notificável. Um dos entrevistados incorpora a necessidade de *feedback* na formação ao referir que o conhecimento sobre as soluções dos eventos passados, pode ser motivador da notificação.

(E4) *"eu acho que a formação, se eu tiver feedback do que é que é feito, torna-me uma pessoa mais atenta, eu passo a reparar, eu passo a ter vontade também de dizer".*

A **sensibilização** é introduzida como a consciencialização e a materialização da necessidade de notificar, capacitando a equipa para comportamentos mais assertivos no processo de melhoria.

(E3) *"Isto serve para que? vamos aqui melhorar!"*

Uma das chefias refere mesmo que é sua obrigação lembrar, acompanhar, supervisionar e sensibilização aos profissionais para o tema

(E4) *"eu acho que é uma obrigação que eu tenho".*

Em relação ao *feedback* como intervenção, as opiniões dividiram-se. Se por um lado existem dois elementos que referem que o *feedback* existe apenas quando se justifica.

(E5) *"Há umas que eu não dou resposta, que não se justifica!"*

Ainda assim, num deles emerge a vontade de melhoria no sentido de responder a todos os reportes. Por outro lado, levanta-se a questão, e dado que a grande maioria das notificações são realizadas de forma anónima, se existe possibilidade de resposta nestes casos. É demonstrado desconhecimento face ao assunto pelos entrevistados. Associado ainda a este assunto do *feedback*, é de notar que vários entrevistados referiram não existir procura do notificador pela resposta no local adequado.

(E3) *"a maior parte das pessoas não se preocupam, mesmo que se identifiquem a maior parte das pessoas não vão ver as respostas"*

É referido múltiplas vezes a existência sempre de feedback automático, porém dois entrevistados consideram esta operação ineficaz.

(E5) *"as respostas são praticamente sempre as mesmas, parece que estão gravadas... limita-se apenas a fazer uma aferição e a dar uma orientação de solução, nunca ajuda na resolução do problema".*

Em relação à proposta de **chefias comprometidas, sensibilizadas e não punitivas**, todos os elementos da chefia referiram não ser punitivos na sua prática, tendo exprimido surpresa quando confrontados com os resultados do questionário. Porém, quando solicitada a reflexão sobre a prática geral apenas um deles negou a existência de comportamentos punitivos no departamento.

(E3) *"Há situações que as vezes são punitivas...às vezes fico incomodado com alguns comentários que são feitos quando alguém notifica!"*.

É também reconhecido que os enfermeiros serão a classe profissional que mais sofre represálias por notificar.

(E3) *"Os enfermeiros são punidos por terem notificado e acontece em algumas situações e acho que isto é erradíssimo".*

É narrado que existem diferenças da realidade pediátrica para a realidade dos serviços de adultos, e que apesar de múltiplos fatores interpostos, a proximidade com as chefias e liderados parece favorecer menores comportamentos punitivos.

(E2) *"acho que passa, talvez, pela proximidade das chefias com os colaboradores."*

Face à proposta de **anonimato e confidencialidade** no processo de notificação, levantada, os entrevistados mencionaram que o direito à proteção da identidade é sempre respeitado, ao ser dada a opção de notificação anónima. É realçado por alguns que o foco das notificações deve estar nos incidentes e não nas pessoas que notificam, e que manter o sistema neste registo pode favorecer a sua utilização.

(E4) *"eu não acho necessário que as pessoas sejam identificadas! Se foi A, B ou C...sinceramente é irrelevante!...Deve continuar a ser anónimo, acho que isso pode abrir mais a participação...as pessoas não gostam de se expor".*

Esta opinião é contrastante com a visão de outros entrevistados, que acreditam que a opção de notificação anónima impossibilita o rastreio e a aprofundamento de informação sobre o incidente, prejudicando o processo de avaliação e desenvolvimento da melhoria.

(E3) *"algumas vezes não se consegue perceber o que é se pretende...logo que plano de ação é que se pode fazer quando não se consegue falar com a pessoa?".*

Quando convidados a refletir sobre o seu papel enquanto agentes promotores da notificação, destacam-se palavras como **"formar"**, **"agilizar"**, **"promover"**, **"incentivar"**, **"relembrar"**, **"motivar"** onde demonstram o seu senso de responsabilidade na formação e sensibilização das equipas que lideram.

(E4) *"O meu papel enquanto chefia é motivar a equipa, garantir que eles fazem, verificar depois que eles fazem e dar-lhes o feedback que eu própria recebo".*

Contudo realça-se aqui a existência de duas chefias que referiram, perante a realidade atual, **não lhes ser possível promover a utilização do sistema**, necessitando o mesmo sofrer uma **mudança estrutural por parte da administração**, que o torne mais adequado e eficiente para posteriormente lhes ser possível assumirem esse papel promotor.

(E5) *"Não consigo promover notificações porque não vejo resolução de problemas. A única forma das chefias se envolverem e envolverem os seus subordinados é verem o sistema funcionar"*

VI. Discussão

O presente trabalho foi desenvolvido para investigar, um tema de crescente interesse na área da qualidade em saúde e da segurança do utente, as notificações de incidentes e eventos adversos. A elaboração deste trabalho foi restrita ao contexto pediátrico. O seu objetivo geral foi explorar o processo de notificação de incidentes e eventos adversos, na perspetiva dos enfermeiros e médicos de um departamento de pediatria de um hospital da região de Lisboa. Como tal, foram formulados seis objetivos específicos com vista à análise do tema, e que vão ser respondidos nos parágrafos abaixo. O desenho da investigação foi realizado no sentido de apresentar um estudo misto (qualitativo e quantitativo) onde se recorreu a questionários de autopreenchimento e a entrevistas semi-estruturadas como métodos de colheita de dados, dada a pouca expressão sobre o tema em Portugal. Este é o primeiro estudo realizado em Portugal, com foco na perceção de enfermeiros e médicos de um departamento de pediatria sobre as notificações de incidentes e eventos adversos, e seguindo esta abordagem metodológica.

A validade externa desejável pode ser comprovada com taxa de resposta ao questionário superior a 70%, podendo ser admissíveis intervalos entre os 60% e os 70%, sendo que, em alguns casos mais controversos, poder ser aceitável menos de 60%⁴⁸. De acordo com o demonstrado, o presente estudo apresenta validade externa nos resultados, por ser representado uma percentagem de resposta na ordem dos 60% e as características da amostra afiguram-se às características da população alvo do estudo, como será desenvolvido e demonstrado de seguida.

Relativamente a enfermeiros e médicos, estes profissionais de saúde encontram-se representados num universo nacional total de 135182 pessoas, correspondendo 77 984 enfermeiros (58%) e 57 198 médicos (42%)⁴⁹. O resultado do presente estudo demonstrou uma amostra com características semelhantes, onde 63% corresponde a enfermeiros e 33% a médicos, sendo que neste item 4% preferiu não responder, podendo-se deduzir ligeiras variações nos dados. Da totalidade da amostra, incluindo enfermeiros e médicos, 87% correspondia a pessoas do sexo feminino, evidenciando a semelhança com a realidade nacional, com a grande maioria de enfermeiros do sexo feminino (82%) e com médicos em maioria, mas não tão expressiva (56%)⁴⁹.

Relativamente à idade, em 2020, foram documentados 53% dos médicos e 71% dos enfermeiros com idades entre os 31 e os 60 anos, representando a grande maioria das pessoas nesta faixa etária. No estudo realizado, a idade foi categorizada por variáveis ordinais, pelo que a relação mais aproximada se representa pelo grupo entre 25-55

anos, que, de igual forma, retrata a globalidade da amostra, com 94% da sua totalidade⁴⁹.

Relativamente ao título profissional, a semelhança de resultados tende a manter-se. Posto isto, no caso dos enfermeiros portugueses, 73% é generalista e 26% especialista. Estes números estão em sintonia com os da amostra, onde a maioria é documentada como generalista, com 60%, e 34% especialista⁴⁹. No caso dos médicos, ao nível nacional, 60% é especialista, e na amostra apenas 41% respondeu ser portador de especialidade. Neste item, de igual forma a um anterior, 4% preferiu não responder, podendo-se deduzir ligeiras variações nos dados⁴⁹.

Comparando os dados sociodemográficos do estudo com os dados nacionais, é possível constatar um paralelismo entre os resultados e, consequentemente, aferir um elevado nível de validade externa.

Nos dois primeiros objetivos específicos do presente trabalho, é proposto avaliar o conhecimento dos sistemas NOTIFICA e RISI HER+, bem como descrever e caracterizar a frequência de notificações realizadas pelos profissionais de saúde.

Neste ponto, obtiveram-se resultados de grande discrepância entre os dois sistemas de notificação comparados. O NOTIFICA, o sistema de notificação nacional, é substancialmente menos conhecido e utilizado, comparativamente com o sistema de notificação interno do hospital, o RISI HER+. Da totalidade das respostas do questionário, contrastam 14% dos profissionais que referiram conhecer e já ter utilizado o NOTIFICA, comparativamente com 50% em relação ao RISI HER+. Estes dados não podem ser transpostos e comparados com outras realidades gerais, não existindo ainda estudos que confrontem a utilização do sistema nacional com outros sistemas de notificação internos.

Na medida em que o RISI HER+ foi o mais utilizado pelos inquiridos no questionário, os resultados apresentados são baseados apenas neste sistema de notificação. Refletindo sobre a caracterização e frequência de notificações, este estudo parece evidenciar a subnotificação descrita na literatura, ao ser referido pela grande maioria dos inquiridos, utilizar “poucas vezes” o sistema de notificações. Estudos demonstram que a subnotificação atinge um grau considerável, sendo apenas reportados 7-15% da totalidade dos eventos adversos^{1,28}. Estes dados permitem aferir a dificuldade de resultados positivos de melhoria da qualidade, já que o processo de recolha e análise de incidentes se encontra condicionado devido à subnotificação⁵⁰.

Perante isto, no sentido de aprofundar o conhecimento sobre as notificações, torna-se relevante caracterizar a frequência das mesmas de acordo com algumas variáveis. Ao

longo deste trabalho, foi realizada a análise da frequência de notificações em associação com a gravidade, título profissional e experiência profissional.

No que alude à gravidade, no presente trabalho, tende a existir uma propensão para notificar mais, quando aumenta a gravidade dos eventos. Vários estudos anteriormente publicados nesta área, revelam a correlação positiva entre estas duas variáveis, evidenciando mais reportes em casos de mortalidade, morbilidade ou danos^{6,51}. Quer enfermeiros quer médicos tendem a notificar mais eventos mais graves, segundo Bruno⁵¹.

Relativamente à relação entre a frequência de notificações de incidentes e eventos adversos, e a classe profissional foi possível entender que os enfermeiros (58%) apresentam a maior parcela de notificadores comparativamente aos médicos (41%).

Da proporção de enfermeiros que já realizaram notificações, 71% refere realizar notificações poucas vezes, sendo este valor superior nos médicos (78%). Nesta relação, é possível aferir que, apesar de diminutas, existem respostas de “Sempre” e “Muitas vezes” na classe de enfermagem contrastante com nenhuma resposta da classe médica. Pode-se confrontar que, de acordo com a literatura, os enfermeiros são a classe profissional mais informada sobre o processo de notificação, a mais assídua a realizar notificações e a participar em processos de melhoria da segurança do utente^{6,42,51,52}. É ainda de notar que segundo Espin⁵³, os enfermeiros sentem que, na sua prática é desencorajado a realização de notificações, ao contrário dos médicos que o fazem informalmente, aos superiores hierárquicos. O mesmo estudo concluiu que a execução de notificações em equipa pode incentivar a sua realização.

Abordando os anos de experiência profissional, concluiu-se que uma maior proporção de profissionais mais experientes referiu já ter notificado (62%), em comparação com os menos experientes (38%) que notificam menos.

É importante realçar que, da proporção da amostra com ≥ 10 anos de experiência que 68% relatou notificar “poucas vezes”, a mesma questão ao grupo < 10 anos de experiência profissional correspondeu uma proporção superior (83%). Aqueles que responderam que notificam com mais regularidade fazem parte do grupo com mais experiência profissional (13%), estes valores contrastam com nenhuma resposta equivalente no grupo menos experiente. Foi difícil confrontar dados, pois o conhecimento nesta área é limitado. Ainda assim, comparando os resultados obtidos neste trabalho, com resultados obtidos noutra dissertação de mestrado, é possível concluir que a frequência de notificações aumenta com a experiência profissional⁹. Um estudo pioneiro no Reino Unido⁵⁴ avaliou a diferença entre as notificações realizadas

por enfermeiros experientes e enfermeiros mais novos, onde foi possível identificar que os enfermeiros mais experientes apresentam maiores capacidades de justificação e articulação da linguagem científica para estruturar os reportes realizados.

No que se refere ao objetivo 4, de seguida serão analisadas algumas das crenças dos profissionais de saúde relativamente à temática.

Uma das questões realizadas em questionário convidou os inquiridos a refletirem sobre o nível de aprovação à afirmação “Existem mais constrangimentos e barreiras à notificação por trabalhar com população pediátrica do que em serviços de adultos”. Dos resultados obtidos, 50% não concorda com a afirmação, 37% não concorda nem discorda e 10% concorda com a afirmação. Era solicitado de seguida que, se concordasse com a afirmação, enumerasse quais as barreiras e constrangimentos específicos sentidos. Foram narradas situações como um maior sentido de responsabilidade devido a população mais vulnerável, uma maior probabilidade de erros mais graves, e medo de consequências para os profissionais. Parece ser importante clarificar atempadamente que na literatura não foram encontrados assuntos que se assemelhem a este, o que impossibilita a validação e contextualização dos dados. Porém, as barreiras específicas identificadas pelos 10% que concorda com a afirmação, são amplamente referidas na literatura sobre a temática^{22-24,52}.

Apesar da generalidade da amostra relevar não acreditar em mais constrangimentos por trabalhar na área pediátrica, quando questionada, 85% revelou que existe subnotificação de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria onde trabalham. Os dados de Hamilton⁵⁵ expõem valores semelhantes, ao interrogar profissionais de saúde sobre adesão à notificação, onde 86% referiu nunca ter notificado qualquer evento. De acordo com Bruno, apesar de serem referidos múltiplos eventos passíveis de notificação, o seu reporte é escasso e, portanto, têm pouca expressão⁵¹.

No presente estudo, após tão significativa parte da amostra manifestar a existência de subnotificação, foi solicitado que, a partir de opções pré-estabelecida, respondessem a parte do objetivo 5 do trabalho, ao identificar exemplos de obstáculos à notificação. Na identificação de barreiras, metade da totalidade da amostra referiu não notificar devido a incidentes que quase aconteceram, mas que foram resolvidos, os *near misses*. Baseado na literatura, os erros e *near misses* são ambos alvo de preocupação devido à sua subnotificação³⁹. Segundo Hamilton *et al*⁵⁵, num estudo realizado num bloco operatório pediátrico, os dados estão em consonância com presente trabalho, ao ser comprovado que 77% dos médicos já tinha experienciado um *near miss* e 57% nunca os reportou.

Parte significativa da amostra, 49% e 39%, confessaram a falta de tempo e o esquecimento, respetivamente. Um estudo realizado em Espanha⁵⁶, revelou mesmo que o excesso de trabalho associado à falta de tempo, é um dos entraves à notificação. Associado à falta de tempo e excesso de trabalho, junta-se o esquecimento^{6,12,37}. Conforme Bruno⁵¹, o esquecimento foi a barreira referida de forma mais prevalente por profissionais de saúde. É igualmente documentado que, quando as equipas têm um elevado fluxo de trabalho, existe necessidade de priorizar ações^{6,12}. Enfermeiros e médicos enfrentam situações de escassos recursos humanos nas equipas, existindo necessidade de priorizar intervenções mais emergentes e de resolução rápida com foco nos doentes, ficando as intervenções mais burocráticas para segundo plano^{6,29}.

Nesta investigação 31% não reconhece quais os incidentes a notificar; esta barreira agrupa-se aos 20% de profissionais que referiram diretamente não ter formação suficiente na área da segurança do doente. Evidencia-se em vários estudos realizados previamente, a falta de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a temática das notificações e sobre noções básicas de segurança do utentes^{4,6,51}.

Ainda 27% da amostra referiu não existir *feedback* sobre as notificações realizadas, condicionando a adesão à prática das mesmas. Segundo um estudo de Castro-Matesanz⁵⁶, a falta de *feedback* é uma realidade a ser combatida. É absolutamente essencial dar *feedback* a quem notifica, pois segundo o mesmo autor⁵⁶, esses notificadores são escassos mas são a pedra basilar dos sistemas de notificação. Associados ao não existir *feedback* é demonstrado no presente estudo que existe o aparecimento de sentimentos de desmotivação e pensamentos que notificar não muda nada, indo de encontro ao demonstrado num estudo realizado por Alves⁴. A importância do *feedback* é tão significativa que, um estudo administrado em contexto pediátrico, demonstrou mesmo ser a intervenção mais eficaz para aumentar as notificações de incidentes e eventos adversos, encontrando-se na mesma linha de resultados que os incentivos financeiros²⁴.

O medo de “denunciar” os colegas e de ser repreendido por notificar, foi igualmente mencionado no presente estudo, com 22% e 21% respetivamente. Uma revisão integrativa da literatura realizada no Brasil⁴ demonstrou atos de punição e medo de notificar em metade dos estudos analisados, apresentando resultados onde o medo de punição atinge valores na ordem dos 70%⁴. De acordo com Mattes⁵², a cultura punitiva é tão marcada que existiu necessidade de substituir o nome de “*incident reports*” por “*safety catches*”, com vista a acabar com a conotação pejorativa do tema. Apesar de medo e da cultura punitiva serem referidos no presente trabalho, as percentagens apresentadas são francamente inferiores às encontradas na literatura; porém não

existem estudos específicos sobre este tema em contexto pediátrico. Este aspeto reflete a necessidade de desenvolver a perspetiva qualitativa sobre a temática das notificações, com foco na pediatria, a ser explanada mais abaixo na abordagem qualitativa do estudo.

A segunda parte para concluir a resposta ao objetivo 5, baseia-se na identificação de intervenções promotoras de notificações de incidentes e eventos adversos; aqui a ação mais mencionada foi a formação, com 67%. Na mesma linha de pensamento, 28% confessou ambicionar ações como a sensibilização da equipa, com momentos mais informais de transmissão de conhecimento, e relembrando para a importância das notificações. A formação emerge como a intervenção mais realizada, estudada e com ótimos resultados no aumento de notificações²⁴. Um estudo realizado no Egito³¹, explorou a realização de sessões didáticas, workshops e sessões de educação e sensibilização presenciais sobre a temática, tendo concluído que contribui positivamente para o acréscimo de reportes, confirmando os resultados do presente estudo. Estudos na área demonstram a importância de consciencializar para a segurança do utente e sensibilizar para uma cultura de segurança, para potencialização das notificações^{24,55}.

Outro aspeto foi a existência de confidencialidade e o anonimato, porém estas são já duas características dos sistemas de notificação abordados neste trabalho³³. Ficou desta forma demonstrada, mais uma vez, a carência de conhecimentos e formação nesta área. Algumas das parcelas expostas nesta questão encontram-se intimamente ligadas a barreiras já identificadas e abordadas no parágrafo acima, como é o caso de 17% das respostas a referirem a necessidade de *feedback* e cerca de 10% a exprimir chefias comprometidas, sensibilizadas e não punitivas.

É de salientar que, através de uma questão de resposta aberta sobre possíveis intervenções, foi possível destacar outras intervenções *minor* que podem emergir nesta matéria, produzindo resultados benéficos. Foram patenteadas ideias tais como: incentivos aos profissionais/equipas que notifiquem, alertas informáticos para notificar, maior envolvimento da equipa nos processos de melhoria, com elementos chave mais especializados no tema, simplificar sistema de notificação e contabilizar tempo extra para realizar notificações. Apesar de não se encontrar descrito na literatura nenhuma destas intervenções mencionadas, é da maior importância relembrar que este é um tema pouco abordado na área, e que a visão do contexto pediátrico pode evidenciar potenciais ideias a serem implementadas, de forma a cativar notificadores e a fomentar o interesse na temática.

Este trabalho reflete também uma grande pluralidade de opiniões e perspetivas das chefias do departamento de pediatria do hospital em questão, sobre as barreiras e intervenções promotoras da notificação de incidentes e eventos adversos. Vários estudos nesta área mencionam as mais diversas barreiras, porém um estudo conduzido na Suécia¹, onde foram entrevistadas chefias, enumera barreiras tais como a falta de *feedback* e resultados que conduzem à desmotivação dos utilizadores dos sistemas de notificação. É mencionada a carência de foco na segurança do utente como desestabilizadora da melhoria contínua. Existe premência na libertação de sentimentos negativos, como o medo de punição e a vergonha, para findar um dos grandes inibidores da notificação. É exposta a utilização de sistemas de notificação complexos e difíceis de manusear, onde muitas vezes não se reconhece a totalidade das suas funções, evitando-se o seu uso¹. Nas entrevistas realizadas, foram admitidos obstáculos de três diversos grupos: individuais, organizacionais e estruturais. Nos elementos individuais, foram especificamente abordados temas como a desmotivação, o medo e a falta de conhecimentos ou competências. Nos elementos organizacionais, foi citado o sistema não ser *friendly* e a cultura organizacional existente. E por fim, nas barreiras estruturais, a falta de tempo e o excesso de trabalho.

Muitas das barreiras identificadas neste trabalho cruzam-se com as referidas na literatura^{4,31,41}; porém o carácter qualitativo deste estudo permitiu aprofundar o seu conhecimento conduzindo a estratégias promotoras a implementar. Na opinião das chefias, a primeira e mais mencionada estratégia promotora foi a formação, onde é enaltecida a necessidade de formação sobre como, onde, de que forma se deve realizar notificações, quais os eventos a notificar e como utilizar o sistema de notificação. Ainda foi referido posteriormente a sensibilização para o tema das notificações e foco na segurança do utente, a divulgação de informação e soluções à equipa, de forma a manter a motivação e confiança no sistema de notificação. Foi realçado um assunto não abordado na literatura, onde as chefias destacam o papel dos dinamizadores da qualidade, profissionais presentes no serviço que participam em grupos de trabalho na área da qualidade, na promoção e acompanhamento da equipa neste processo. Segundo o mesmo estudo, são levantadas todas as intervenções à exceção da última, porém em síntese das mesmas é realizada referência à constante necessidade de realçar as vantagens da notificação e da utilização do sistema¹.

O PNSD 2021-2026¹⁵ abarca uma das áreas sobre o papel fulcral da liderança e da governança na segurança do utente. Neste programa é referido que os líderes das instituições têm o dever de participar ativamente na melhoria contínua, cuidados centrados nos doentes e segurança do utente, identificando imprecisões nos processos

e subsequentes intervenções formativas. Este estudo vai mais além quando questiona sobre de que forma, enquanto chefia, se pode ser promotor de notificações de incidentes e eventos adversos. A partir desta questão, destacam-se, o “formar”, “agilizar”, “promover”, “incentivar”, “relembrar”, “motivar”, onde é revelado o comprometimento na formação e sensibilização das equipas que lideram. É, contudo, de referir que dois entrevistados referiram não lhes ser possível promover a utilização do sistema, necessitando o mesmo sofrer uma mudança significativa da administração, que o torne mais adequado e eficiente, para posteriormente lhes ser possível assumirem esse papel promotor. Esta ideia traduz a vontade de agir, por parte das chefias, perante um sistema que necessita de alterações significativas e multifatoriais na forma como se organiza, estrutura e interage com o meio para cumprir os seus objetivos. Dado isto, estudos demonstram que líderes desmotivados e não envolvidos no processo, conduzem a equipas com menor percentagens de notificação³⁷. Pode-se dizer que é primordial a exposição das fraquezas do sistema e alteração de processos, de forma a satisfazer as necessidades das chefias, com vista ao envolvimento dos mesmos e das suas equipas para aumentar as notificações de incidentes e eventos adversos e a diminuição dos incidentes em saúde¹⁰.

Os resultados obtidos neste estudo foram primordiais na análise da perceção de enfermeiros e médicos sobre as notificações de incidente e eventos adversos colhidos e desenvolvidos em Portugal. Porém, os resultados obtidos no presente estudo são consistentes com a larga maioria do restante conhecimento científico já publicado.

É indispensável referenciar que este estudo abarca limitações. Os resultados obtidos não podem ser generalizados a outras populações ou situações, os dados podem ser incompletos e/ou dificilmente comparáveis a outra realidade. Há ainda limitações relativas ao questionário, pois este limita o inquirido às questões pré-formuladas, sem que ele tenha a possibilidade de as alterar e explorar outras particularidades. Existe ainda o risco de viés de memória e de informação, por se tratar de um estudo retrospectivo. Foi decidido neste estudo dar ênfase à parte da estatística descritiva e abordagem qualitativa, podendo esta decisão ser considerada uma limitação a outras abordagens metodológicas.

VII. Conclusões

A evolução tecnológica e o avanço do conhecimento científico foram os principais motores responsáveis pelo aumento exponencial de interesse na área da qualidade em saúde e da segurança do utente. Apesar dos constantes desinvestimentos em saúde, os esforços por melhorar os cuidados de saúde são constantes, para profissionais e instituições de saúde. Foi no início do século XXI que este tema ganhou ainda mais pertinência com a publicação da frequência de incidentes e eventos adversos associados aos cuidados de saúde. A dimensão da questão dos eventos adversos tornou-o num dos principais problemas de saúde pública atual, porém esta problemática adquire ainda maior dimensão no contexto pediátrico, onde se estima que a sua frequência seja três vezes superior.

O Ministério da Saúde reconhece que a segurança do doente é um desafio ininterrupto dos sistemas de saúde e da sociedade portuguesa, suportada por legislação e vários compromissos nacionais e internacionais. A segurança do utente tem como objetivo a minimização de incidentes e eventos adversos para os doentes, bem como a otimização dos cuidados de saúde prestados. Tendo em conta a premissa anterior, muitas propostas de intervenção foram realizadas no sentido de atingir os objetivos. A passagem do paradigma de culpabilização dos profissionais de saúde para a aprendizagem a partir do erro, foi um incentivo à criação de uma plataforma de reporte de incidentes em saúde, conhecidas por sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos.

Segundo a OMS, o principal fim destes sistemas é identificar e investigar os reportes de forma a aumentar o conhecimento sobre os eventos, corrigir fragilidades, disseminar práticas seguras e emitir recomendações que reduzam os incidentes semelhantes no futuro.

A adesão à notificação de incidentes e eventos adversos pode ser um método eficaz na otimização da segurança dos cuidados de saúde, no entanto a subnotificação é uma realidade. Embora a subnotificação esteja amplamente descrita na literatura, é pouco explorado os motivos e fatores que levam os profissionais de saúde a este comportamento, carecendo, ainda mais, os estudos no contexto pediátrico.

Este trabalho desenvolveu-se no sentido de explorar a perspetiva dos profissionais de saúde da área da pediatria sobre as notificações de incidentes adversos. Neste estudo concluiu-se que os profissionais de saúde consideram que as notificações de acidentes e eventos adversos são importantes na segurança do utente, apesar da grande maioria utilizar poucas vezes o sistema de notificação. O sistema de notificação mais utilizado

pelos profissionais de saúde foi o sistema interno do hospital onde o estudo decorreu, em detrimento do sistema nacional de notificações. Apesar da grande maioria dos profissionais de saúde referirem utilizar o sistema de notificações poucas vezes, quando o fazem tendem a notificar eventos mais graves. Existe, também, uma associação positiva entre a classe profissional e a experiência profissional na frequência de notificações realizadas. Este estudo demonstrou, em consonância com o já descrito na literatura, que os enfermeiros são quem mais notifica, e são os profissionais de saúde com mais anos de experiência que fazem mais notificações.

Os profissionais de saúde, maioritariamente, consideram não existir mais barreiras à notificação de incidentes e eventos adversos, por trabalharem na área pediátrica.

Em contexto pediátrico, as barreiras mais identificadas foram os incidentes que quase aconteceram, mas que foram resolvidos, a falta de tempo e esquecimento, o não reconhecer quais os incidentes a notificar, o não existir *feedback* e comportamento relacionados com medo. Foram explanadas de igual forma as intervenções promotoras de notificações pelos profissionais de saúde deste contexto particular, tendo sido mencionadas com mais significância a formação e sensibilização para o tema. Neste campo foi ainda referido, por uma parte da amostra, a necessidade de chefias comprometidas sensibilizadas e não punitivas.

Com a realização das entrevistas foi possível aprofundar aspetos específicos sobre o tema e expor a perspetiva das chefias. Foi referido pelas chefias que a abordagem em contexto pediátrico é semelhante e transversal a todos os outros serviços hospitalares. Quando foram pedidas para enumerar barreiras, essencialmente descreveram barreiras de três categorias distintas, (individuais, organizacionais e estruturais), todas elas em consonância com as enumeradas inquiridas no questionário. Foi exposto pelo questionário, que a principal barreira à notificação foram os incidentes que quase aconteceram, mas que foram resolvidos. Neste aspeto abordamos o tema dos *near misses* no sentido de o explorar com as chefias, tendo existido uma dualidade de opiniões. A valorização e necessidade premente de reporte deste tipo de eventos, contrastou com o desencorajamento da notificação dos mesmos, por não lhe ser reconhecida importância. Entende-se que é necessário continuar a investir na formação de eventos a serem notificados e da importância dos *near misses* na prevenção de eventos major, quer de elementos da equipa quer das chefias.

Uma outra barreira a destacar, onde a ponderação foi francamente inferior ao descrito na literatura, foi o medo de punição. As chefias perante estes resultados constataram que a proximidade de líderes e liderados, na pediatria, parece desfavorecer os

sentimentos de medo e comportamentos punitivos. Entender o comportamento dos líderes em contexto pediátrico, poderia ser um assunto com potencial desenvolvimento no futuro no sentido de avaliar diferentes estilos de liderança na pediatria.

Neste contexto, as intervenções abordadas foram igualmente ao encontro das enumeradas no questionário, e anteriormente na literatura, sendo a formação e sensibilização as ações mais mencionadas por elementos e chefias.

Conclui-se que, neste campo, a transmissão de conhecimento e a consciencialização para o tema, deve ser acompanhada por *feedback* do realizado na área e maior envolvimento da equipa no processo. Foi particularmente referido pelas chefias o importante papel que os dinamizadores da qualidade podem desempenhar neste caso. Estes dinamizadores são os elementos da equipa mais especializados na área da qualidade que podem incentivar, prestar auxílio na realização de notificações e promover o tema.

Se por um lado os resultados obtidos demonstram a vontade de investimento nesta área com as estratégias que envolvam os elementos da equipa nos processos de melhoria continua, por outro lado foi revelada pelas chefias a descrença no processo devido a barreiras acrescidas colocadas pela administração hospitalar.

São inúmeras as barreiras identificadas na literatura que inibem a notificação, sendo essencial a sua documentação e análise no sentido de as corrigir e diminuir.

Sabe-se que este é um tema complexo, que é passível de ser promovido com uma abordagem multifatorial e o envolvimento dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar. As instituições de saúde necessitam transformar os procedimentos e políticas que incitam os profissionais de saúde a divulgar os incidentes. Todos os profissionais devem ser sensibilizados sobre a importância da sua participação no processo, de forma a reduzir a subnotificação, envolver os diversos elementos da equipa e níveis hierárquicos superiores no movimento em prol da segurança do utente.

Essencialmente, ao invés de procurar culpados, devem ser identificadas e investigadas as medidas necessárias para a melhorar as notificações e, consequentemente, aprender com os erros, valorizar a formação contínua sobre a segurança do utente e melhorar a comunicação entre a liderança e os liderados, para criar um ambiente mais seguro para as equipas e favorável à notificação.

Com vista a exibir os resultados alcançados e contribuir para a divulgação científica na área das notificações de incidentes e eventos adversos, é do interesse da investigadora futuramente publicar um artigo científico que resuma o presente estudo.

VIII. Recomendações

Em Portugal, escasseiam estudos sobre as notificações de incidentes e eventos adversos na área pediátrica. Considera-se relevante ampliar o conhecimento nesta área de forma a combater a subnotificação, melhorar a segurança do doente e, consequentemente, a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Realizar um estudo mais abrangente, com a obtenção de uma amostra de maior dimensão e realizada em vários hospitais, pode contribuir a maior fiabilidade dos resultados obtidos. Seria pertinente, também, desenvolver estudos sobre o impacto das estratégias descritas como medidas promotoras das notificações de incidentes e eventos adversos.

Referências Bibliográficas

1. Carljford S, Öhrn A, Gunnarsson A. Experiences from ten years of incident reporting in health care: a qualitative study among department managers and coordinators. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):113.
2. Plint AC, Stang A, Newton AS, Dalglish D, Aglipay M, Barrowman N, et al. Adverse events in the paediatric emergency department: a prospective cohort study. *BMJ Qual Saf*. 2021;30(3):216–27.
3. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 [PPT]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2021.
4. Alves M, Carvalho D, Albuquerque G. Barriers to patient safety incident reporting by brazilian health professionals: an integrative review. *Cien Saude Colet*. 2019;24(8):2895–908.
5. Santos RA, Mendes Júnior WV, Martins M. Qualidade do cuidado em saúde e segurança do paciente: avaliação dos resultados de um programa de formação à distância. *Cien Saude Colet*. 2021;26(10):4553–68.
6. Carvalho J. Adesão dos enfermeiros à notificação de eventos adversos em pediatria [Dissertação de mestrado]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2020.
7. Hall H, Roussel L, editors. Evidence-based practice: an integrative approach to research, administration and practice. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2014.
8. Sousa P, Mendes W, editors. Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras. 2ª ed. Rio de Janeiro: FioCruz; 2019.
9. Claudino R. A segurança do doente: fatores que condicionam a notificação de incidentes em contexto hospitalar pelos enfermeiros: inquérito por questionário [Dissertação de mestrado]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2016.
10. Paiva S. Eventos adversos nos hospitais portugueses: avaliação da potencial associação com os diagnósticos de admissão e procedimentos realizados [Dissertação de mestrado]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2017.
11. Vaz S. Impacto do referencial ACSA nas unidades de saúde [Dissertação de mestrado]. Coimbra: Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra; 2017.
12. Martins L. Adesão à notificação de eventos pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central [Dissertação de mestrado]. Lisboa: Escola Superior de Tecnologia de Saúde de

- Lisboa. Instituto Politécnico de Lisboa; 2017.
13. Despacho nº 5613/2015. Diário da República. Série II (2015-05-27):13550-13553. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.
 14. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Direção-Geral da Saúde; 2015.
 15. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026: documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Lisboa; 2022. 2–66 p.
 16. Lazaretto FZ, Santos CO, Millão LF. Erros de medicação em pediatria: avaliação das notificações espontâneas em hospital pediátrico em Porto Alegre, RS, Brasil. *O Mundo da Saúde*. 2020;44(01):068–75.
 17. Porto Editora. Erro: definição ou significado de erro. In: *Dicionário infopédia da língua portuguesa* [Internet]. Porto: Porto Editora; 2022 [cited 2021 Nov 28]. Available from: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/erro>
 18. Organização Mundial da Saúde. Estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2011.
 19. The Joint Commission. Sentinel event [Internet]. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2022. Available from: <https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/>
 20. Fragata J, editor. *Segurança dos doentes*. Lisboa: Lidel; 2011.
 21. Olson JA, Raz A. Applying insights from magic to improve deception in research: the Swiss cheese model. *J Exp Soc Psychol*. 2021;92(4):e104053.
 22. Martins N, Aguiar R. Identificação de eventos adversos em crianças: uma revisão integrativa. *Rev JRG Estud Acadêmicos*. 2021;IV(8):273–86.
 23. Lima ME, Ribeiro E. Eventos advsersos com medicamentos na pediatria: o papel da organização hospitalar. *Cad Bras Ter Ocup*. 2017;25(4):927–33.
 24. Vijayan V, Limon J. Increasing patient safety event reporting among pediatric residents. *Cureus*. 2022;14(3):e23298.
 25. Kam D, Kok J, Grit K, Leistikow I, Vlemminx M, Bal R. How incident reporting systems can stimulate social and participative learning: a mixed-methods study. *Health Policy (New York)*. 2020;124(8):834–41.
 26. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma 015/2014 DGS de 25/09/2014: Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2014.
 27. Despacho nº 14223/2009. Diário da República. Série II (2009-06-24): 24667-

24669. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.
28. Yalew ZM, Yitayew YA. Clinical incident reporting behaviors and associated factors among health professionals in Dessie comprehensive specialized hospital, Amhara Region, Ethiopia: a mixed method study. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1).
 29. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2017;51(1):e03243.
 30. Krouss M, Alshaikh J, Croft L, Morgan DJ. Improving incident reporting among physician trainees. *J Patient Saf.* 2019;15(4):308–10.
 31. Labib JR, Kamal Elden NM, Hegazy AA, Labib NA. Incident reporting system in pediatric intensive care units of Cairo Tertiary Hospital: an intervention study. *Arch Pediatr Infect Dis.* 2019;7(4):91774.
 32. Flott K, Nelson D, Moorcroft T, Mayer EK, Gage W, Redhead J, et al. Enhancing safety culture through improved incident reporting: a case study in translational research. *Health Aff.* 2018;37(11):1797–804.
 33. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020.
 34. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Diário da República, 2.^a série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015.
 35. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Sistema Nacional de Notificação: Departamento da Qualidade na Saúde: manual do cidadão notificador. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2014.
 36. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Sistema Nacional de Notificação: Departamento da Qualidade na Saúde: manual do gestor local. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2014.
 37. Mascarenhas FA de S, Anders JC, Gelbcke FL, Lanzoni GM de M, Ilha P. Facilities and difficulties of health professionals regarding the adverse event reporting process. *Texto Context - Enferm.* 2019;28(1):e20180040.
 38. Braiki R, Douville F, Hasine A Ben, Souli I. Factors of reporting adverse events in a Tunisian hospital. *Sante Publique (Paris).* 2019;31(4):553–9.
 39. Halperin O, Bronshtein O. The attitudes of nursing students and clinical instructors towards reporting irregular incidents in the medical clinic. *Nurse Educ Pract.* 2019;36:34–9.
 40. Aaron M, Webb A, Luhanga U. A narrative review of strategies to increase patient safety event reporting by residents. *J Grad Med Educ.* 2020;12(4):415–24.
 41. Archer S, Thibaut BI, Dewa LH, Ramtale C, D’Lima D, Simpson A, et al. Barriers and facilitators to incident reporting in mental healthcare settings: a qualitative

- study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2020;27(3):211–23.
42. Mahdaviazad H, Askarian M, Kardeh B. Medical error reporting: status quo and perceived barriers in an orthopedic center in Iran. *Int J Prev Med*. 2020;11(1):e14.
 43. Varallo FR, Passos AC, Nadai TR de, Mastroianni P de C. Incidents reporting: barriers and strategies to promote safety culture. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2018;52(1):e03346.
 44. Naome T, James M, Christine A, Mugisha TI. Practice, perceived barriers and motivating factors to medical-incident reporting: a cross-section survey of health care providers at Mbarara regional referral hospital, Southwestern Uganda. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):e276.
 45. Rashed A, Hamdan M. Physicians' and nurses' perceptions of and attitudes toward incident reporting in palestinian hospitals. *J Patient Saf*. 2019;15(3):212–7.
 46. Neves TMA, Rodrigues V, Graveto J, Parreira P. Scale of adverse events associated to nursing practices: a psychometric study in Portuguese hospital context. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26(1):e3093.
 47. Wang X, Liu K, You L ming, Xiang J gen, Hu H gang, Zhang L feng, et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(8):1114–22.
 48. Burns KEA, Duffett M, Kho ME, Meade MO, Adhikari NKJ, Sinuff T, et al. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *Can Med Assoc J*. 2008;179(3):245–52.
 49. INE. Estatísticas da saúde 2020. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2022.
 50. Fernandes AMML, Queirós PJP. Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Rev Enferm Ref*. 2011;III Série(nº4):37–48.
 51. Bruno P. Registo de incidentes e eventos adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal. 1º ed. Coimbra: Coimbra Editora; 2010.
 52. Mattes MD, Sauers-Ford HS, Selleck D, Slee C, Natale JE, Rosenthal JL. Improving pediatric resident safety event reporting using quality improvement methods. *Hosp Pediatr*. 2021;11(3):254–62.
 53. Espin S, Carter C, Janes N, McAllister M. Exploring health care professionals' perceptions of incidents and incident reporting in rehabilitation settings. *J Patient Saf*. 2019;15(2):154–60.
 54. Atwal A, Phillip M, Moorley C. Senior nurses' perceptions of junior nurses' incident reporting: a qualitative study. *J Nurs Manag*. 2020;28(6):1215–22.
 55. Hamilton EC, Pham DH, Minzenmayer AN, Austin MT, Lally KP, Tsao KJ, et al.

Are we missing the near misses in the OR?underreporting of safety incidents in pediatric surgery. J Surg Res. 2018;221:336–42.

56. Castro-Matesanz B, Tizón-Bouza E, Pesado-Cartelle JÁ. Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SINASP): situación actual en atención primaria de Ferrol. Rev Esp Salud Pública. 2021;

ANEXOS

Anexo 1. Questionário

"Notificações de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria"

CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Joana Baltazar Mendes, sou enfermeira e estou a realizar a minha dissertação de mestrado com o tema: "Notificações de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria: A perceção dos profissionais de saúde" com o objetivo de concluir Curso de Mestrado de Gestão da Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública.

Sou a investigadora principal do presente estudo que tem como objetivo analisar a perspetiva dos profissionais de saúde face às notificações de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria de um Hospital público de Lisboa.

Para a realização deste estudo serão disponibilizados questionários para preenchimento online. Durante o questionário serão solicitados alguns dos seus dados pessoais como: idade, género, classe profissional e habilitações literárias para tratamento de dados estatísticos. Serão também realizadas questões de resposta fechada e aberta e questões de correspondência com recurso a escalas, com o objetivo de analisar a sua perspetiva pessoal relativamente ao tema.

Fica ainda salvaguardado que todos os dados colhidos serão para uso exclusivo da investigação e que será mantido o total anonimato e confidencialidade dos mesmos. Os dados fornecidos por si serão sempre protegidos pela investigadora principal em computador com password e apenas utilizados para a realização do presente trabalho, que será divulgado em publicação científica em Outubro do presente ano.

Se existir alguma dúvida relativamente ao presente estudo, a mesma pode ser colocada para esclarecimento à investigadora do estudo pessoalmente ou para a o seguinte e-mail: jfr.mendes@ensp.unl.pt

Informo que tem o direito de recusar participar neste estudo e de que a sua recusa não terá outras consequências. Se não pretender participar basta não continuar o preenchimento do questionário e fechar a sua janela.

O preenchimento total do questionário não demora mais do que 10 minutos na sua totalidade.

Se aceitar participar no presente estudo peço que responda às questões colocadas com a sua opinião pessoal de forma espontânea e sincera.

Agradeço a sua disponibilidade para colaboração.

***Obrigatório**

1. Aceita participar?

☐ Sim

2. Como classifica a importância da notificação de incidentes e eventos adversos para a segurança dos doentes?

Marcar apenas uma.

Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante	Prefiro não responder

3. Conhece o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos - NOTIFICA ?

Marcar apenas uma.

- ☐ Sim, conheço e já utilizei
- ☐ Sim, conheço, mas nunca utilizei (*ir para a pergunta 6*)
- ☐ Não (*ir para a pergunta 6*)
- ☐ Prefiro não responder

4. No último ano quantas vezes notificou incidentes e eventos adversos na plataforma NOTIFIC@?

5. Com que regularidade utiliza o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos - NOTIFIC@?

Marcar apenas uma.

Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Prefiro não responder

6. Conhece o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos interno utilizado no HFF (Risi Her+)?

Marcar apenas uma.

- ☐ Sim, conheço e já utilizei
- ☐ Sim, conheço mas nunca utilizei (ir para a pergunta 9)
- ☐ Não (ir para a pergunta 9)
- ☐ Prefiro não responder

7. No último ano quantas vezes notificou incidentes e eventos adversos no sistema de notificação interno do HFF (Risi Her+)?

8. Com que regularidade utiliza o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos interno do HFF (Risi Her+)?

Marcar apenas uma.

Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Prefiro não responder

9. Com que frequência notifica:

(Evento - qualquer incidente ou evento adverso | Dano - qualquer efeito negativo)

Marcar apenas uma por linha.

	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante	Prefiro não responder
Eventos que quase culminaram num erro (near misses)					
Eventos que NÃO acarretaram dano para as crianças					
Eventos que acarretaram dano para as crianças					

10. Qual o seu nível de acordo com a seguinte afirmação: "Existe sub notificação de incidentes e eventos adversos no departamento do HFF onde trabalho"?

Marcar apenas uma.

Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente	Prefiro não responder

11. Selecione todas as opções que têm constituído barreiras à sua notificação de incidentes e eventos adversos no HFF:

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Não ter computadores disponíveis
- ☐ Não reconhecer quais os incidentes a notificar
- ☐ Ter medo de ser punido/repreendido
- ☐ Ter falta de tempo
- ☐ Ter medo que a minha identidade seja descoberta
- ☐ Não reconhecer a importância da notificação
- ☐ Existir incidentes que quase aconteceram mas que foram resolvidos
- ☐ Acreditar que notificar não altera nada
- ☐ Ter medo de ser mal visto por "denunciar" os colegas
- ☐ Não ter conhecimento sobre quem pode notificar
- ☐ Ter medo de quebrar a confiança e desiludir os colegas
- ☐ Não ter a opção de notificar anonimamente
- ☐ Esquecer de notificar
- ☐ Ter dificuldades a utilizar o sistema de notificação
- ☐ Existir falta de Feedback
- ☐ Não ter formação contínua na área da segurança dos doentes
- ☐ Ter medo que o serviço/departamento seja mal visto por ter muitas notificações
- ☐ Não existem barreiras à notificação de incidentes e eventos adversos
- ☐ Prefiro não responder
- ☐ Outro: _____

12. Qual o seu nível de acordo com a seguinte afirmação: "Existem mais constrangimentos e barreiras à notificação de incidentes e eventos adversos por trabalhar com população pediátrica do que em serviços de adultos"

Marcar apenas uma.

Discordo Totalmente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo Totalmente	Prefiro não responder

13. Se concordou com a pergunta anterior: Quais são os constrangimentos acrescidos?

Pergunta Anterior: "Existem mais constrangimentos e barreiras à notificação de incidentes e eventos adversos por trabalhar com população pediátrica do que em serviços de adultos"

14. Que ações e intervenções podem promover a notificação de incidentes e eventos adversos?

15. Idade

Marcar apenas uma.

- ☐ <25 anos
- ☐ 25-35 anos
- ☐ 36-45 anos
- ☐ 46-55 anos
- ☐ 56-65 anos
- ☐ >65 anos
- ☐ Prefiro não responder

16. Sexo

Marcar apenas uma.

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Prefiro não responder

17. Experiência Profissional

Marcar apenas uma.

- ☐ <10 anos
- ☐ 10-20 anos
- ☐ 21-30 anos
- ☐ 31-40 anos
- ☐ >40 anos
- ☐ Prefiro não responder

18. Título Profissional

Marcar apenas uma.

- ☐ Médico Pediatra
- ☐ Médico Interno de Pediatria
- ☐ Outros médicos
- ☐ Enfermeiro Generalista
- ☐ Enfermeiro Especialista
- ☐ Prefiro não responder

Anexo 2. Consentimento informado da entrevista

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO: ENTREVISTA

O meu nome é Joana Baltazar Mendes, sou enfermeira e estou a realizar a minha dissertação de mestrado com o tema: "Notificações de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria: A perceção dos profissionais de saúde" com o objetivo de concluir Curso de Mestrado de Gestão da Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública. Sou a investigadora principal do presente estudo que tem como objetivo analisar a perspetiva dos profissionais de saúde face às notificações de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria de um Hospital público de Lisboa.

Para a realização deste estudo serão efetuadas entrevista onde será solicitado alguns dos seus dados pessoais como: idade, género, classe profissional e habilitações literárias para tratamento de dados estatístico. Serão também realizadas questões abertas com o objetivo de analisar a sua perspetiva pessoal enquanto chefia, relativamente às notificações de incidentes e eventos adversos no seu local de trabalho.

Fica ainda salvaguardado que todos os dados a serem colhidos serão para uso exclusivo da investigação e que será mantido o total anonimato e confidencialidade dos mesmos. Os dados fornecidos por si serão sempre protegidos pela investigadora principal em computador com *password* e apenas utilizados para a realização do presente trabalho, que será divulgado em publicação científica em Outubro do presente ano.

Se existir alguma dúvida relativamente ao presente estudo, a mesma pode ser colocada para esclarecimento à investigadora do estudo pessoalmente ou para a o seguinte e-mail: jfr.mendes@ensp.unl.pt

Informo que tem o direito de recusar participar neste estudo e de que a sua recusa não terá outras consequências.

A entrevista não demorará mais de 20 minutos na sua totalidade.

Se aceitar participar no presente estudo peço que responda às questões colocadas com a sua opinião pessoal de forma espontânea e sincera.

Agradeço a sua disponibilidade para colaboração.

Assinatura do participante: _____

Data: _____

Obrigado pela sua participação,
A Investigadora Principal do Estudo (*Joana Baltazar Mendes*)

Anexo 3. Guião da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

1. Ultimamente, qual tem sido a experiência do departamento na área da notificação de incidentes e eventos adversos?
2. No seu entender, quais as barreiras que podem levar à subnotificação de incidentes e eventos adversos?
 - a) Gostava que comentasse as 5 barreiras mais mencionadas no questionário.
3. Que intervenções poderiam ser feitas de forma a aumentar as notificações de incidentes e eventos adversos?
 - a) Gostava que comentasse as 5 intervenções mais mencionadas no questionário.
4. De que forma é que as chefias podem ser promotoras da notificação?
(em caso de não desenvolvimento suficiente das questões anteriores)

BARREIRAS	COMENTÁRIOS
1. Incidentes que quase aconteceram, mas que foram resolvidos	
2. Falta de tempo	
3. Esquecimento	
4. Não reconhecer quais os incidentes a notificar	
5. Não existir <i>feedback</i>	

INTERVENÇÕES	COMENTÁRIOS
1. Formação	
2. Sensibilização	
3. <i>Feedback</i>	
4. Chefias comprometidas, sensibilizadas e não punitivas	
5. Anonimato e confidencialidade	

Anexo 4. Parecer da comissão de ética do hospital da região de Lisboa

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	
Nº de identificação de registo 16/2022	
TIPO DE ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO	
Tese de Mestrado: "Notificações de incidentes e eventos adversos no departamento de pediatria: A perceção dos profissionais de saúde"	
Após reunião de 23 de Fevereiro de 2022, tendo pareceres favoráveis da UIC (Unidade de Investigação Clínica) e do EPD (Encarregado da Proteção de Dados), estando, a documentação entregue, de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir parecer favorável.	
Ouvindo o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital [redacted] EPE presentes em reunião de 23 de Fevereiro de 2022:	
Presidente	[redacted]
Vice Presidente	[redacted]
Vogais	[redacted]
	[redacted]
	[redacted]
	[redacted]
	[redacted]
	[redacted]
Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital [redacted], EPE, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.	
Pelo exposto, emitiu-se a 23 de Fevereiro de 2022, Parecer Favorável .	
A Presidente da Comissão de Ética	
[redacted]	