



## Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem de emergências pediátricas\*

The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team

Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería de urgencias pediátricas

Taise Rocha Macedo<sup>1</sup>, Patricia Kuerten Rocha<sup>2</sup>, Andreia Tomazoni<sup>3</sup>, Sabrina de Souza<sup>3</sup>, Jane Cristina Anders<sup>2</sup>, Karri Davis<sup>4</sup>

### Como citar este artigo:

Macedo TR, Rocha PK, Tomazoni A, Souza S, Anders JC, Davis K. The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):756-762. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600007>

\*Extraído da dissertação “Cultura de Segurança do Paciente em Unidades de Emergência Pediátrica: perspectivas da equipe de enfermagem”, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Hospital Universitário, Residência Multiprofissional na Área de Saúde da Mulher e da Criança, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>4</sup> Fairfield University, New Haven, Connecticut, Estados Unidos da América.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the patient safety culture in pediatric emergencies from the perspective of the nursing team. **Method:** A quantitative, cross-sectional survey research study with a sample composed of 75 professionals of the nursing team. Data was collected between September and November 2014 in three Pediatric Emergency units by applying the Hospital Survey on Patient Safety Culture instrument. Data were submitted to descriptive analysis. **Results:** Strong areas for patient safety were not found, with areas identified having potential being: *Expectations and actions from supervisors/management to promote patient safety and teamwork*. Areas identified as critical were: *Non-punitive response to error and support from hospital management for patient safety*. The study found a gap between the safety culture and pediatric emergencies, but it found possibilities of transformation that will contribute to the safety of pediatric patients. **Conclusion:** Nursing professionals need to become protagonists in the process of replacing the current paradigm for a culture focused on safety. The replication of this study in other institutions is suggested in order to improve the current health care scenario.

### DESCRIPTORS

Patient Safety; Organizational Culture; Nursing, Team; Pediatric Nursing.

### Autor correspondente:

Taise Rocha Macedo  
Rua Eng. Agrônomo Andrei Cristian  
Ferreira, s/n – Trindade  
CEP 88040-900 – Florianópolis, SC, Brasil.  
taiserm@hotmail.com

Recebido: 06/01/2016  
Aprovado: 31/08/2016

## INTRODUÇÃO

Preocupações envolvendo a temática segurança do paciente ampliaram-se a partir da publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, no ano de 1999, quando o estudo alertou os profissionais de saúde e a sociedade sobre os erros que envolvem o cuidado em saúde e os danos que podem atingir os pacientes, tornando esta problemática uma questão prioritária nas agendas de muitos países<sup>(1)</sup>.

Dados atuais revelam que o quantitativo de óbitos decorrentes dos eventos adversos em saúde é alarmante. Estima-se que aproximadamente 400 mil pacientes morrem anualmente em função dos eventos adversos evitáveis, e entre 2 e 4 milhões de eventos adversos geram graves consequências à saúde do paciente, mas não levam a óbito. Quando comparadas aos adultos, as crianças hospitalizadas têm aumentado em três vezes a probabilidade de sofrerem danos<sup>(2-3)</sup>.

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) buscou desenvolver políticas mundiais que melhorassem a assistência ofertada nos serviços de saúde, e reverter esta drástica situação. No ano de 2004 foi criado o programa *The World Alliance for Patient Safety*, recomendando a seus países-membros atenção nos aspectos que envolvem a segurança do paciente<sup>(4)</sup>.

No contexto nacional, o Ministério da Saúde, buscando contribuir com a qualificação da assistência em saúde em todos os estabelecimentos que a executam, instituiu no dia 1º de abril de 2013 a Política Nacional de Segurança do Paciente, demonstrando preocupação do Estado em relação à temática<sup>(5)</sup>.

No entanto, para que a segurança do paciente realmente aconteça, a cultura de segurança precisa estar estruturada nas instituições, o que corresponde estabelecer um processo de comunicação adequado, confiança, aprendizado organizacional, comprometimento coletivo em relação aos aspectos da segurança, liderança, importância da temática e abordagem não punitiva ao erro<sup>(6)</sup>.

A identificação e a avaliação da cultura de segurança são realizadas mediante a aplicação de questionários aos trabalhadores e gestores sobre suas ações e percepções acerca da segurança do paciente, e de como ela é priorizada e gerenciada<sup>(7)</sup>. Neste estudo, para proceder à identificação da cultura de segurança do paciente utilizou-se do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).

Este instrumento foi adaptado e utilizado em Hospital Pediátrico Americano, sugerindo que a avaliação da cultura de segurança permite identificar oportunidades de melhoria na cultura de segurança da instituição, prevenindo e evitando a ocorrência de erros. No contexto nacional, a sua aplicação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal apontou a necessidade de mudanças culturais neste cenário. Já em emergências pediátricas não foram encontradas investigações realizadas utilizando o instrumento HSOPSC<sup>(8-9)</sup>.

Abordar a cultura de segurança nas unidades de Emergência Pediátrica se faz necessário, uma vez que estes setores estão propensos a erros, que podem estar

relacionados à estrutura física e organizacional destas unidades, às especificidades relacionadas ao atendimento destes pacientes e à falta de incentivo de estudos relacionados a essa área<sup>(10)</sup>.

Envolver a enfermagem nesta abordagem é fundamental, uma vez que esta categoria representa a maior força de trabalho nas instituições de saúde, e discussões envolvendo-a podem ser geradoras de transformações nos ambientes de trabalho, modificando o sistema de saúde e melhorando a segurança do paciente<sup>(11)</sup>.

Considerando-se a necessidade de conhecermos a cultura de segurança do paciente que constitui as Emergências Pediátricas para a modificação do cenário apresentado, esta pesquisa tem como objetivo: identificar a cultura de segurança do paciente em emergências pediátricas na perspectiva da equipe de enfermagem, por meio do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de cunho quantitativo, do tipo *survey* transversal, realizado em três Unidades de Emergência Pediátrica da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

A população foi composta por 91 profissionais da equipe de enfermagem das três unidades participantes. A amostra foi intencional, não probabilística, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, técnico ou auxiliar em enfermagem e estar no exercício de suas funções nas emergências pediátricas no período da coleta de dados; profissionais admitidos e lotados no setor há mais de 2 meses (devido ao período de adaptação necessário, podendo o funcionário não ter total conhecimento acerca da unidade). Os critérios de exclusão foram: profissionais de enfermagem em férias, licença saúde, licença gestação, licença-prêmio durante o período da coleta de dados; profissionais de enfermagem que não estejam lotados na referida unidade; instrumentos preenchidos em menos da metade. Seguindo tais critérios, foram convidados a participar do estudo 77 participantes. Deste total inicial, dois indivíduos não aceitaram participar do estudo, compondo a amostra final 75 sujeitos.

Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), as emergências pediátricas participantes do estudo possuem a seguinte classificação: Emergência Pediátrica A (EMGP A), classificada como pronto-socorro pediátrico; Emergência Pediátrica B (EMGP B), não possui nenhuma informação deste serviço no cadastro; Emergência Pediátrica C (EMGP C), classificada como estabilização de paciente crítico/grave, pronto-socorro pediátrico, traumatologia-ortopedia, cardiovascular, neurológico e neurocirúrgico<sup>(12)</sup>.

Em relação aos Núcleos Internos de Segurança do Paciente (NISP), no Hospital A começaram a ser estruturados em 2014; no Hospital B os NISP existem desde 2010; e, no Hospital C, os NISP foram implantados em 2013, sendo que todas as instituições possuem sistema de notificação de eventos adversos implantado.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de setembro e novembro de 2014, por meio da aplicação do instrumento

HSOPSC validado para o contexto hospitalar brasileiro. Sua utilização aconteceu após a autorização dos autores originais e seguiram as recomendações propostas pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*<sup>(13-14)</sup>.

O instrumento é composto por 42 questões que formam 12 dimensões da cultura de segurança do paciente. Há um item em que os sujeitos atribuem uma nota à segurança do paciente de sua instituição; um item no qual o participante relata o número de eventos comunicados; e oito itens nos quais os participantes são caracterizados<sup>(14)</sup>.

Esses itens são agrupados em três variáveis: variável de características profissionais do sujeito, formada pelos itens: tempo de trabalho na profissão, no hospital e na unidade, horas de trabalho semanal e cargo no hospital; variáveis da cultura de segurança, formadas pelas dimensões: Trabalho em equipe na unidade, Expectativas e Ações do supervisor/chefia para a segurança do paciente, aprendizado organizacional/melhoria contínua, *feedback* e comunicação sobre erros, Abertura para comunicação, quadro de funcionários, resposta não punitiva ao erro, apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, trabalho em equipe e transferências internas e passagens de plantão; e, variáveis de resultado compostas pelas dimensões: percepção geral da segurança do paciente e frequência de eventos comunicados, e pelos itens número de eventos comunicados e nota de segurança do paciente<sup>(14)</sup>.

Para proceder à coleta dos dados, inicialmente o projeto foi apresentado às chefias de enfermagem das unidades participantes, no intuito de averiguar a possibilidade de seu desenvolvimento e obter a autorização para o prosseguimento do estudo. Posteriormente, o estudo foi apresentado individualmente para cada participante de acordo com sua disponibilidade na unidade. Após os indivíduos manifestarem seu aceite em participar da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e um envelope opaco contendo o instrumento de coleta de dados. O instrumento foi preenchido individualmente pelos participantes, novamente inserido no envelope de forma anônima e depositado em uma urna disponível na unidade. Ao final de cada período, os envelopes já preenchidos e inseridos na urna eram recolhidos pela pesquisadora.

As respostas obtidas foram tabuladas e analisadas descritivamente no Microsoft Excel 2014, ressaltando-se que nem todos os itens das 12 dimensões foram respondidos em todos os instrumentos, havendo diferença no total de resposta de cada dimensão. As respostas obtidas foram agrupadas em três categorias: respostas positivas (concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente), respostas negativas (discordo totalmente, discordo, nunca e raramente) e respostas neutras (não concordo e nem discordo). Com o intuito de garantir respostas mais consistentes, o instrumento é composto por 18 questões reversas, ou seja, nestes casos quando o participante discorda do item formulado negativamente estará expressando sua opinião de forma positiva<sup>(14)</sup>.

Conforme orientações propostas pela AHRQ, as áreas de força são as dimensões em que 75% dos sujeitos responderam positivamente às perguntas formuladas de forma

positiva e negativamente às perguntas formuladas de forma negativa, e áreas críticas são aquelas em que os sujeitos atribuem 50% ou mais de respostas negativas para perguntas formuladas positivamente ou respostas positivas para perguntas formuladas negativamente<sup>(14)</sup>.

As questões éticas seguiram as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto de pesquisa submetido e aprovado na Plataforma Brasil sob o protocolo n. 35231514.1.0000.5361<sup>(15)</sup>.

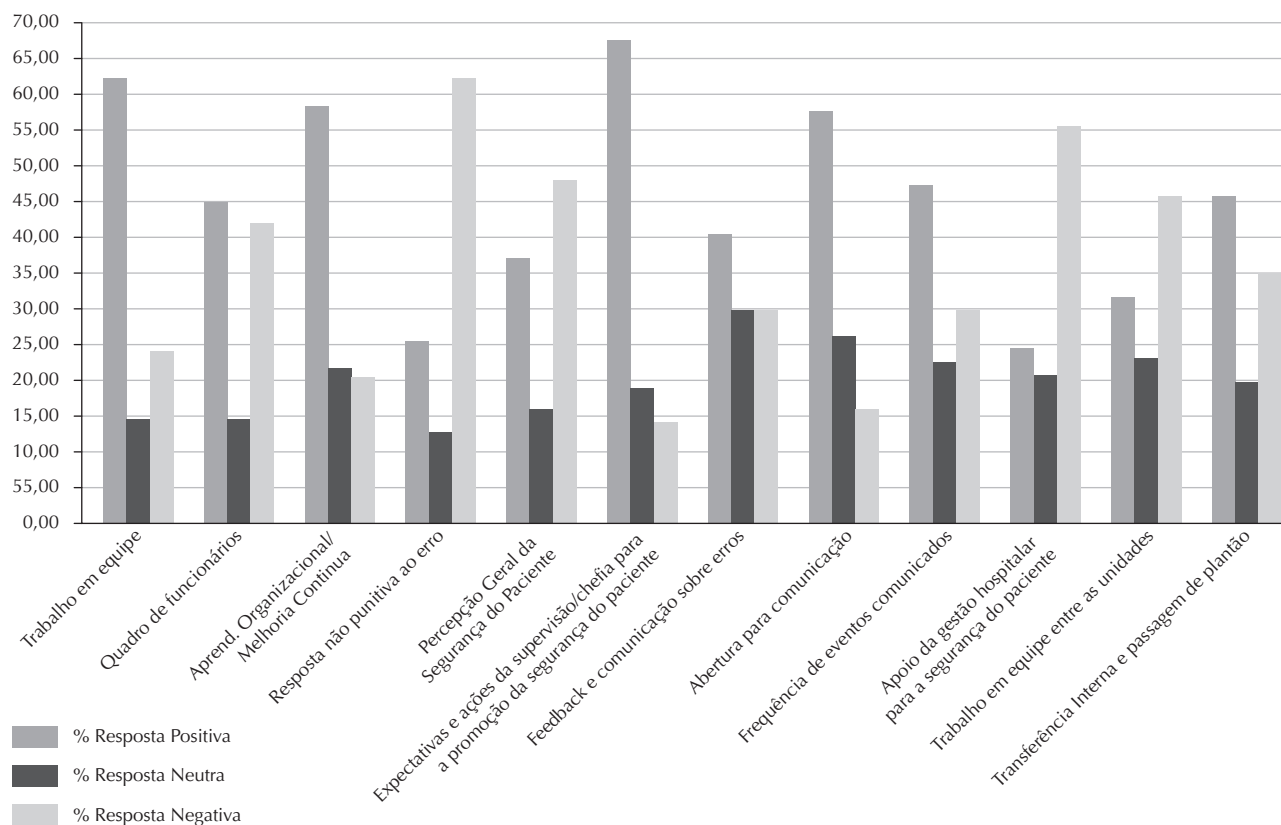
## RESULTADOS

Participaram deste estudo 75 profissionais da equipe de enfermagem de três Unidades de Emergência Pediátrica da Grande Florianópolis. Os resultados apontam que entre os participantes do estudo, 58 (77%) são de nível médio. Os dados também revelam que mais da metade dos participantes possuem menos de 10 anos de trabalho na profissão, sendo que um quantitativo significativo de profissionais atua nas unidades em questão em um período menor ou igual a 5 anos, com uma carga horária que varia de 20 a 79 horas semanais (Tabela 1).

**Tabela 1** – Características profissionais dos sujeitos da pesquisa Cultura de segurança do paciente em Unidades de Emergência Pediátrica dos Hospitais Públicos da Grande Florianópolis – Florianópolis, SC, Brasil, 2014.

Características Profissionais dos Sujeitos		N	%
Cargo	Enfermeiro	17	23
	Técnico em Enfermagem	40	53
	Auxiliar em Enfermagem	18	24
Tempo de Trabalho na Profissão	1 a 5 anos	14	19
	6 a 10 anos	18	24
	11 a 15 anos	8	11
	16 a 20 anos	10	11
	> 20 anos	24	32
Tempo de Trabalho na Unidade	< 1 ano	5	6
	1 a 5 anos	38	51
	6 a 10 anos	8	11
	11 a 15 anos	6	8
	16 a 20 anos	10	13
Horas semanais de trabalho	21 anos ou mais	8	11
	Menos de 20 horas	1	1
	Entre 20 e 39 horas	44	57
	Entre 40 e 59 horas	24	31
	Entre 60 e 79 horas	6	8

Estes profissionais, quando analisaram as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, avaliaram 1.426 (45%) respostas como positivas, 1.092 (35%) respostas como negativas e 612 (19%) respostas como neutras. Após agruparmos os itens correspondentes a cada dimensão da cultura de segurança do paciente, estabeleceram-se as médias percentuais de respostas positivas, negativas e neutras de cada uma das 12 dimensões da cultura de segurança do paciente (Figura 1).



**Figura 1** – Percentual de respostas positivas, neutras e negativas das doze dimensões da cultura de segurança do paciente segundo o HSOPSC em Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis – Florianópolis, SC, Brasil, 2014.

Assim, segundo as orientações da AHRQ, este estudo não obteve nenhuma dimensão classificada como de força para a segurança do paciente, ou seja, com percentual de resposta positiva acima de 75%<sup>(14)</sup>.

Na sequência, apresentam-se as dimensões com melhor avaliação positiva. O primeiro destaque do estudo é para a dimensão *Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente*, que obteve 201 (67%) respostas positivas. Essa dimensão está atrelada às preocupações e às atitudes que o supervisor/chefia desenvolvem a fim de difundir a segurança do paciente<sup>(14)</sup>.

Cabe destacar que essa dimensão é composta por quatro itens do instrumento. E o item que recebeu destaque foi *Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas*, com 63 (84%) respostas positivas, indicando que estes profissionais discordam fortemente da afirmativa, apontando-a como um item de força para a segurança do paciente.

A segunda dimensão que obteve o maior número de respostas, com 185 (62%) respostas positivas, foi *Trabalho em equipe*, que trata do apoio e do respeito entre os funcionários e do trabalho realizado em equipe. Esta dimensão é composta por três itens, sendo o item *Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos junto em equipe para concluí-lo devidamente* o que mais se destacou, com 68 (91%) respostas positivas<sup>(14)</sup>.

Já a terceira dimensão de destaque, composta por três itens, foi *Aprendizado organizacional/melhoria contínua*, com

130 (58%) respostas positivas. Nesta dimensão identifica-se a existência de uma cultura de aprendizagem, na qual os erros são avaliados e revertidos em mudanças positivas que levam a melhorias. O destaque desta dimensão foi o item *Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente*, em que 45 (60%) dos participantes avaliaram-no positivamente, demonstrando seu potencial para se tornar uma área de força para a segurança do paciente<sup>(14)</sup>.

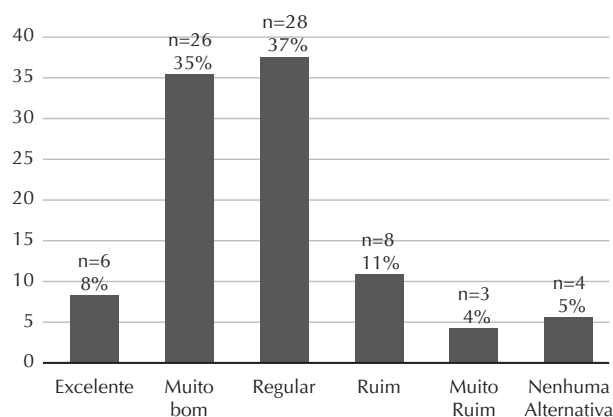
No entanto, duas dimensões receberam avaliação negativa em 50% ou mais das respostas, sendo apontadas como áreas críticas para a segurança do paciente. A primeira dimensão que recebeu maior proporção de respostas negativas foi *Resposta não punitiva aos erros*, obtendo 138 (61%) respostas negativas. Esta dimensão avalia como os profissionais observam que os erros ocorridos e comunicados não são utilizados contra eles, nem mantidos em seu arquivo profissional. Esta dimensão é composta por três itens, sendo que o item *Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema* recebeu o maior número de respostas concordando e/ou concordando totalmente com 48 (64%) respostas<sup>(14)</sup>.

A segunda dimensão pior avaliada foi *Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente*, na qual 123 (55%) profissionais responderam negativamente. Esta dimensão demonstra como a instituição hospitalar proporciona um clima de trabalho adequado para a promoção da segurança do paciente, evidenciando que a segurança do paciente é uma prioridade nas suas ações, sendo composta por três

itens. O item de maior avaliação negativa nesta dimensão foi *A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso*, com 45 (60%) participantes concordando e/ou concordando totalmente com a afirmativa<sup>(14)</sup>.

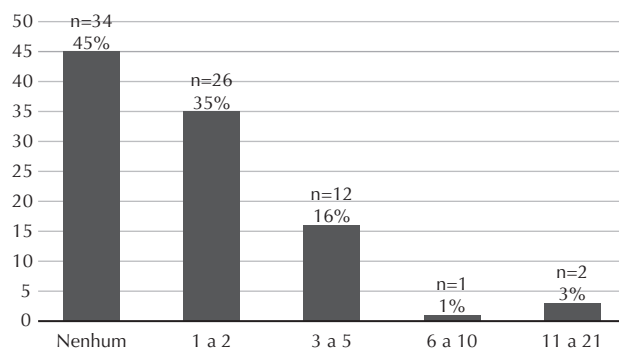
Conforme citado anteriormente, além da avaliação das dimensões da cultura de segurança, o instrumento também avalia dois itens que estruturam a variável de resultado da cultura de segurança, sendo a primeira a atribuição de uma nota sobre a segurança do paciente na sua unidade de trabalho no hospital, de acordo com a percepção individual, e a segunda, o quantitativo de eventos adversos relatado pelo profissional nos últimos 12 meses.

A nota de segurança do paciente pode ser atribuída de acordo com uma escala Likert, conforme dados apresentados na Figura 2. Desta forma, os dados apontam que 28 (37%) e 26 (35%) participantes avaliaram a segurança do paciente em sua unidade como regular e muito boa, respectivamente.



**Figura 2** – Média percentual de respostas sobre a nota de segurança do paciente das Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da Região da Grande Florianópolis – Florianópolis, SC, Brasil, 2014.

Em relação ao segundo item da variável de resultado, que trata do número de eventos adversos relatado, os dados apontam que a maioria dos participantes, ou seja, 72 (96%) deles comunicaram menos de cinco eventos adversos nos últimos 12 meses. Desses, 34 (45%) não relataram *nenhum evento* neste período de tempo (Figura 3).



**Figura 3** – Média percentual de respostas sobre o número de eventos adversos relatado nos últimos 12 meses em Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis – Florianópolis, SC, Brasil, 2014.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, nenhuma área pode ser classificada como de força para a segurança do paciente, representando que nestas unidades a cultura de segurança não está totalmente instituída. Porém, as áreas *Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente* e *Trabalho em equipe* foram destacadas como as dimensões com melhores índices de avaliação positiva, podendo se tornar áreas de força no contexto da cultura de segurança do paciente nestas Emergências Pediátricas.

A ausência de áreas de força para a segurança do paciente pode estar atrelada à recente preocupação acerca da temática, reforçada pelo tempo de implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente, que se estruturaram nos serviços principalmente após a publicação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, que ocorreu recentemente, no ano de 2013<sup>(5)</sup>.

As dimensões apontadas neste estudo como de potencial a se tornarem áreas de força para a cultura de segurança já foram avaliadas como áreas de força para a segurança do paciente em estudo americano desenvolvido em 680 hospitais gerais, com 447.584 profissionais, utilizando o HSOPSC, no qual 82% das respostas foram positivas para *Trabalho em equipe* e 78% para *Expectativas do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente*. Já na China, estudo realizado em sete hospitais gerais, com 463 enfermeiros, encontrou percentual de avaliação positiva de 87% na dimensão *Trabalho em Equipe*<sup>(14,16)</sup>.

Apesar das diferenças culturais presentes nestes países, os elevados percentuais de respostas positivas atribuídas às dimensões acima citadas permitem reconhecê-las como áreas pioneiras da cultura de segurança dentro das instituições em diferentes contextos, reforçando preocupação por parte dos supervisores/chefes em fortalecer a segurança do paciente, utilizando procedimentos adequados e contribuições da equipe.

Considerando-se que a cultura de segurança não está fortalecida nestes cenários pediátricos, verifica-se a necessidade de trabalhar as áreas que possuem potencial de se tornar de força para a cultura de segurança, a fim de consolidá-las como áreas de destaque dentro da cultura de segurança das Instituições, contribuindo para a qualificação do trabalho desenvolvido nestas unidades.

Em contrapartida, as áreas críticas para a segurança do paciente, ou seja, aquelas que receberam 50% ou mais de respostas negativas, e que precisam ser superadas no contexto das instituições foram predominantes. Neste estudo, as duas dimensões com os maiores índices de avaliação negativa foram *Resposta não punitiva ao erro* e *Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente*, com 61% e 55% de respostas negativas, respectivamente.

Em estudo brasileiro desenvolvido em quatro unidades de terapia intensiva neonatal, com 181 profissionais, utilizando o mesmo instrumento de pesquisa, ambas as dimensões também foram designadas como críticas: *Resposta não punitiva ao erro* (58%) e *Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente* (51%). Já no relatório americano, citado anteriormente, a dimensão *Resposta não punitiva ao erro* recebeu 65% de respostas negativas, sendo também a dimensão pior avaliada<sup>(9,14)</sup>.

Estes resultados permitem afirmar que os profissionais encontram dificuldades em reconhecer preocupação por parte da gestão quanto aos aspectos que envolvem a segurança do paciente e reafirmam a presença da cultura tradicional da culpa e da punição, retratando a necessidade de se modificar a cultura atual ainda presente nestas unidades.

Para modificar este cenário, é necessário desenvolver mecanismos que facilitem o relato de eventos adversos, elaborando instrumentos específicos impressos e *online* no qual o profissional define se deseja ou não ser identificado. Os núcleos de segurança precisam trabalhar a importância destes para o crescimento da instituição e abordá-los sistematicamente para que ocorram melhorias na segurança do paciente.

Apesar das áreas de força não estarem evidentes para a segurança do paciente e sim as áreas críticas, a maioria dos profissionais apontou a segurança do paciente como Regular (37%) e Muito Boa (35%). Em outro estudo brasileiro, já citado, desenvolvido em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, a maioria dos sujeitos avaliou a segurança do paciente como Regular (45%), Muito Boa (38%) e Excelente (3%)<sup>(9)</sup>.

No âmbito internacional, estudo holandês realizado em 26 emergências, com 730 profissionais, os participantes avaliaram a segurança do paciente como Regular (66%), Muito boa (22%), Excelente (1%) Ruim (10%) e Muito Ruim (1%)<sup>(17)</sup>.

Estas discrepâncias encontradas na avaliação da segurança do paciente por parte dos profissionais de saúde em diferentes instituições, contextos de assistência e países, podem estar associadas ao nível de implantação da cultura de segurança. Sendo que esta pode estimular a reflexão e criticidade dos profissionais, influenciando na avaliação da segurança do paciente nos locais onde atuam.

Nos países onde a cultura de segurança já está mais bem estruturada e presente, as avaliações em relação à segurança do paciente são mais criteriosas. Neste sentido, os resultados deste estudo demonstram o quanto se precisa melhorar em relação à cultura de segurança das emergências pediátricas, buscando reduzir os gradientes de hierarquia; fortalecer os processos de comunicação e o trabalho desenvolvido entre as equipes, com suficiente quantitativo de profissionais e condições de trabalho adequadas; discutir em ambientes de treinamento aspectos relacionados aos pacientes pediátricos; substituir a abordagem punitiva pela abordagem sistêmica; fortalecer os sistemas de notificações para que todos os profissionais aprendam com os erros acontecidos na instituição, traçando estratégias para que não voltem a acontecer.

Em relação às notificações de eventos adversos, verificou-se que, apesar da existência dos Núcleos de Segurança e dos sistemas de notificações em todas as instituições participantes do estudo, 45% dos profissionais não realizaram nenhuma notificação nos últimos 12 meses, e 35% notificaram até dois

eventos adversos, reforçando que a cultura de segurança não está completamente presente nestas unidades.

Este quantitativo reduzido de notificações pode estar associado a subnotificações, fato que gera prejuízo a todo o sistema. Neste sentido, estudo realizado com enfermeiros brasileiros sobre subnotificação identificou 115 motivos para sua ocorrência ou a omissão da comunicação dos eventos adversos, sendo a sobrecarga de trabalho, o esquecimento, a não valorização dos eventos adversos e o medo e a vergonha os itens que receberam maior destaque para sua ocorrência<sup>(18)</sup>.

A cultura de segurança do paciente preconiza que os incidentes ocorridos sejam comunicados, permitindo sua análise e possibilitando que as instituições possam adotar medidas preventivas e educativas relacionadas a estes. No entanto, para que aconteça a notificação do erro é necessário que o método de punição frente ao mesmo seja modificado, pois o medo da repressão dificulta que os trabalhadores assumam tais acontecimentos<sup>(19)</sup>.

Modificar o paradigma atual, implantar e fortalecer a cultura de segurança nas emergências pediátricas, bem como em todo o sistema de saúde, são ações necessárias para efetivarmos os sistemas de notificações, ampliando os registros de eventos adversos, promovendo mudanças nas instituições que visam à redução dos erros e à melhoria da segurança do paciente, qualificando em todos os aspectos a assistência prestada.

## CONCLUSÃO

Este estudo apontou o distanciamento entre a cultura de segurança e os serviços de emergência pediátrica, porém conseguiu vislumbrar dimensões como possibilidades de transformação que contribuirão para segurança do paciente pediátrico.

Os resultados apontam para a necessidade de se fortalecer e estimular o registro dos erros e eventos adversos nas unidades, consequentemente substituindo a cultura tradicional e punitiva pela cultura de segurança, proporcionando um ambiente de trabalho que valorize e estimule a segurança do paciente.

Ambientes de discussão e aprendizagem envolvendo os gestores e os profissionais envolvidos com o processo assistencial precisam ser estruturados, a fim de garantir momentos de reflexão acerca da segurança do paciente, bem como das particularidades que envolvem o paciente pediátrico, especialmente no contexto emergencial.

Sugere-se que esta pesquisa seja replicada em outras unidades hospitalares, no intuito de sensibilizar os profissionais acerca da temática e melhorar a compreensão do atual cenário da cultura de segurança, fornecendo subsídios para a qualificação da assistência à saúde.

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar a cultura de segurança do paciente em emergências pediátricas, na perspectiva da equipe de enfermagem. **Método:** Pesquisa quantitativa, tipo *survey* transversal. Amostra composta por 75 profissionais da equipe de enfermagem. Dados coletados entre setembro e novembro de 2014, em três Emergências Pediátricas, aplicando o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Dados submetidos à análise descritiva. **Resultados:** Não foram encontradas áreas de força para a segurança do paciente, sendo identificadas áreas com potencial de assim se tornarem: *Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente e*

*Trabalho em equipe.* Como área crítica identificaram-se: *Resposta não punitiva ao erro e Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente.* O estudo apontou distanciamento entre a cultura de segurança e as emergências pediátricas, porém vislumbrou possibilidades de transformação, que contribuirão para segurança do paciente pediátrico. **Conclusão:** Os profissionais de enfermagem precisam se tornar protagonistas no processo de substituição do atual paradigma para uma cultura focada na segurança. Sugere-se replicação deste estudo em outras instituições a fim de aprimorar o atual cenário de assistência à saúde.

## DESCRITORES

Segurança do Paciente; Cultura Organizacional; Equipe de Enfermagem; Enfermagem Pediátrica.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar la cultura de seguridad del paciente en urgencias pediátricas, en la perspectiva del equipo de enfermería. **Método:** Investigación cuantitativa, tipo *survey* transversal. Muestra compuesta de 75 profesionales del equipo de enfermería. Datos recolectados entre septiembre y noviembre de 2014, en tres Urgencias Pediátricas, aplicando el instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Datos sometidos al análisis descriptivo. **Resultados:** No fueron encontradas áreas de fuerza para la seguridad del paciente, siendo identificadas áreas con potencial de convertirse así: *Expectativas y acciones del supervisor/jefatura para promoción de la seguridad del paciente y Trabajo en equipo.* Como área crítica se identificaron: *Respuesta no punitiva al error y Apoyo de la gestión hospitalaria para seguridad del paciente.* El estudio señaló alejamiento entre la cultura de seguridad y las urgencias pediátricas; sin embargo, vislumbro posibilidades de transformación que contribuirán a la seguridad del paciente pediátrico. **Conclusión:** Los profesionales de enfermería necesitan hacerse protagonistas en el proceso de reemplazo del actual paradigma hacia una cultura enfocada en la seguridad. Se sugiere la replicación de este estudio en otras instituciones a fin de perfeccionar el actual escenario de asistencia sanitaria.

## DESCRIPTORES

Seguridad del Paciente; Cultura Organizacional; Gupo de Enfermería; Enfermería Pediátrica.

## REFERÊNCIAS

- Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health care system. Washington: Institute of Medicine; 2000. p. 26-48.
- James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf.* 2013;9(3):122-8.
- Patterson MD, Geis GL, LeMaster T, Wears RL. Impact of multidisciplinary simulation-based training on patient safety in a paediatric emergency department. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(5):383-93.
- World Health Organization (WHO). The Launch of the World Alliance for Patient Safety: "Please do me no harm" [Internet]. Geneva: WHO; 2004 [cited 2014 Mar 23]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/launch/en/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2014 abr. 2]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
- Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. *Rev Latino Am Enfermagem* 2014;22(5):755-63.
- Paese F, Dal Sasso GTM. Patient safety culture in Primary Health Care. *Texto Contexto Enferm.* 2013;22(2):302-10.
- Cox ED, Carayon P, Hansen KW, Rajamanickam VP, Brown RL, Rathouz PJ, et al. Parent Perceptions of Children's Hospital Safety Climate. *BMJ Qual Saf.* 2013;22(8):664-71.
- Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza AJJ, Macedo TR. Evaluation of the patient safety culture in Neonatal Intensive Care. *Texto Contexto Enferm.* 2015;24(1):161-9.
- Shaw KN, Ruddy RM, Olsen CS, Lillis KA, Mahajan PV, Dean JM, et al. Pediatric patient safety in emergency departments: unit characteristics and staff perceptions. *Pediatrics.* 2009;124(201):485-93.
- Wegner W, Pedro ENR. Patient safety in care circumstances: prevention of adverse events in the hospitalization of children. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2012;20 (3):427-34.
- Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2015 jul. 17]. Disponível em: <http://dados.gov.br/dataset/cnes>
- Reis CT, Languardia J, Martins M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey On Patient Safety Culture: etapa inicial. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(11):2199-210.
- Famalaro T, Yount ND, Burns WBMA, Flashner EMHA, Liu H, Sorra J. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016: user comparative database report. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
- Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2014 jun. 29]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Wang X, Liu K, You LM, Xiang JG, Hu HG, Zhang LF, et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(8):1114-22.
- Verbeek-van Noord I, Wagner C, Van Dyck C, Twisk JW, Bruijne MC. Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. *Int J Qual Health Care.* 2013;26(6):573-8.
- Claro CM, Krococzk DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Adverse events at the Intensive Care Unit: nurses' perception about the culture of no-punishment. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):162-7.
- Souza FT, Garcia MC, Rangel PPSR, Rocha PK. Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. *Rev Enferm UFSM.* 2014;4(1):152-62.