

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TAISE ROCHA MACEDO**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES  
DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: perspectiva da Equipe de  
Enfermagem**

**FLORIANÓPOLIS  
2015**

**TAISE ROCHA MACEDO**

**CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES  
DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: perspectiva da Equipe de  
Enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: O cuidado em saúde e Enfermagem nas situações agudas e crônicas de doença.

Orientadora: Dra. Patrícia Kuerten Rocha

**FLORIANÓPOLIS  
2015**

TAISE ROCHA MACEDO

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE  
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: PERSPECTIVA DA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 02 de Julho de 2015, atendendo as normas e legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e cuidado em Saúde e Enfermagem.

---

Dr<sup>a</sup> Vânia M. S. Backes  
Coordenação do Programa

Banca Examinadora:

---

Dr<sup>a</sup> Patrícia Kuerten Rocha  
Presidente

---

Dr<sup>a</sup> Jane Cristina Anders  
Membro

---

Dr<sup>a</sup> Francine Lima Gelbeck  
Membro

---

Dr<sup>a</sup> Juliana Coelho Pina  
Membro

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Macedo, Taise Rocha

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE  
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA : perspectiva da Equipe de  
Enfermagem / Taise Rocha Macedo ; orientador, Patrícia  
Kuerten Rocha - Florianópolis, SC, 2015.  
138 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Segurança do paciente. 3. Cultura de  
Segurança. 4. Emergência Pediátrica. 5. Enfermagem. I.  
Rocha, Patrícia Kuerten . II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.  
Titulo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** que me guiou durante toda esta trajetória, dando força, saúde e determinação para o alcance de meus objetivos.

Aos meus pais **Aristeu** e **Elizete** pelo exemplo de dignidade, responsabilidade e amor ao próximo;

Ao meu esposo **José** pelas palavras de apoio, por ter compartilhado minhas angústias, medos, dúvidas, vitórias.... Pelo carinho dispensando durante esta trajetória.

A minha orientadora **Dr<sup>a</sup> Patrícia Kuerten Rocha**, meu respeito, gratidão e admiração. Obrigada pelas oportunidades ofertadas, aos ensinamentos repassados e confiança depositada.

Aos meus irmãos **Edina, Marcos e Diego** pelas palavras de incentivo e motivação.

À toda a **minha família** pelo estímulo e carinho dispensados, especialmente às primas **Franciele, Daiane** e **Cláudia** pela amizade, apoio e momentos de descontração.

Às companheiras de mestrado **Andréia, Chyntia e Priscila** pelas trocas de experiências, parceria e cooperação durante esta caminhada.

Aos **professores e colegas do mestrado** pelos conhecimentos e agradável convivência.

Aos **professores e membros do GEPESCA** pelo acolhimento e contribuição para o meu processo de formação acadêmica.

Aos membros da banca examinadora **Dr<sup>a</sup> Franciene Lima Guelbeck, Dr<sup>a</sup> Jane Cristina Anders, Dr<sup>a</sup> Juliana Coelho Pina, Dr<sup>a</sup> Francis Solange Vieira Tourinho e Dda Micheline Fátima da Silva** pelo aceite ao convite e pelas valorosas contribuições.

Aos **instituições a aos profissionais participantes** do estudo, pela receptividade e disposição em contribuir com este estudo. Sem vocês este estudo não existiria!

**Muito Obrigada!**

“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

MACEDO, Taise Rocha. **Cultura de Segurança do Paciente em Unidades de Emergência Pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem**. 2015. 138 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Dra. Patrícia Kuerten Rocha

Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O cuidado em saúde e Enfermagem nas situações agudas e crônicas de doença.

## RESUMO

A temática segurança do paciente vem sendo amplamente discutida nos últimos anos. No entanto, para que possamos aprimorar a segurança do paciente nas Unidades de Emergência Pediátrica, precisamos identificar a cultura de segurança que a constitui, para que estratégias possam ser traçadas a fim de fortalecer as áreas que se apresentam como de força e melhorar aquelas apontadas como críticas para a segurança do paciente. Para tanto, o objetivo deste estudo foi 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*. Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo *survey* transversal. A amostra foi intencional, não probabilística, participando do estudo 75 profissionais da equipe de enfermagem seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Os dados foram coletados em três Emergências Pediátricas de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, entre setembro e novembro de 2014, por meio da aplicação do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, que avalia 12 dimensões da cultura de segurança do paciente em 42 questões, sendo que destas 18 são reversas. A pesquisa foi encaminhada e aprovada na Plataforma Brasil sob o protocolo 35231514.1.0000.5361. Para a análise dos dados, inicialmente as respostas foram tabuladas em planilhas do Excel e submetidos à análise descritiva, sendo as dimensões classificadas em áreas de força ou crítica, e ainda, aplicando o teste estatístico Qui-Quadrado para testar a diferença da variável de resultado do instrumento entre as categorias profissionais participantes do estudo. Os resultados mostram que não foram encontradas áreas de força para a segurança do paciente, sendo destacadas as melhores avaliadas, que foram apresentadas com potencial de assim tornar-se: *Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente e Trabalho em equipe*. Como área crítica identificou-se *Resposta não punitiva ao*

*erro e apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente.* Já na análise geral da variável de resultado não foi identificado diferença estatística significativa entre as respostas obtidas das categorias profissionais, no entanto a análise descritiva apresentou que os auxiliares de enfermagem avaliaram a variável de resultado mais positivamente, enquanto os enfermeiros foram os profissionais que avaliaram mais negativamente. Este resultado pode estar relacionado ao processo de formação e atividades exercidas pelos profissionais, além das recentes discussões sobre a temática nas instituições. No geral, o número de eventos adversos comunicados foi pouco expressivo revelando fragilidades na cultura de segurança e apontando áreas que precisam ser melhor discutidas, como a abordagem frente aos erros e o sistema de notificação de eventos adversos. Os resultados permitem afirmar que as ações dos núcleos de segurança são incipientes nas instituições, podendo o estudo subsidiar discussões no âmbito da enfermagem em emergências pediátricas, contribuindo para a implantação da cultura de segurança neste contexto, fortalecendo a educação permanente, o processo de comunicação, a interação entre os profissionais, qualificando a assistência prestada nas unidades. Sugere-se que discussões envolvendo a cultura de segurança possam ser ampliadas no âmbito das instituições de ensino e de saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Segurança do paciente; Cultura de Segurança; Emergência Pediátrica.

MACEDO, Taise Rocha. **La Cultura de seguridad del paciente en la Unidad de Emergencia Pediátrica**. 2015. 138 p. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Pós-Graduação en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Dra. Patrícia Kuerten Rocha

Área de Concentración: Filosofía, Salud y Enfermería.

Línea de investigación: El cuidado de la salud y de enfermería en situaciones agudas y crónicas de la enfermedad.

## RESUMEN

La temática de la seguridad del paciente viene siendo ampliamente discutida en los últimos años. Sin embargo, para que podamos mejorar la seguridad del paciente en las Unidades de Emergencia Pediátrica, necesitamos identificar la cultura de seguridad que la constituye, para que puedan ser trazadas estrategias a fin de fortalecer las áreas que tienen mayor ímpetu y mejorar aquellas críticas para la seguridad del paciente. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue identificar la cultura de seguridad del paciente en Emergencias Pediátricas desde la perspectiva del equipo de enfermería, por medio del instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Se trata de una investigación cuantitativa de tipo *survey* transversal. La muestra fue intencional, no probabilística, participando en el estudio 75 profesionales del equipo de enfermería siguiendo los criterios de inclusión y exclusión. Los datos fueron recolectados en tres Emergencias Pediátricas de Hospitales Públicos de la Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, entre septiembre y noviembre del 2014, por medio de la aplicación del instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, que evalúa 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en 42 preguntas, siendo que 18 de éstas son reversas. La investigación fue encaminada y aprobada en la Plataforma Brasil bajo el protocolo 35231514.1.0000.5361. Para el análisis de los datos, las respuestas fueron inicialmente tabuladas en planillas de Excel y sometidas al análisis descriptivo, siendo que las dimensiones fueron clasificadas en áreas de fuerza o crítica, y luego, se aplicó la prueba estadística Chi-Cuadrado para evaluar la diferencia de la variable de resultado del instrumento entre las categorías profesionales participantes del estudio. Los resultados muestran que no se encontraron áreas fuertes en la seguridad del paciente, destacándose a las mejor evaluadas, que fueron presentadas con potencial de volverse: *Expectativas y acciones del supervisor/jefe para la promoción de la seguridad del paciente* y *Trabajo en equipo*. Como área crítica se identificó *Respuesta no punitiva al error*

*y apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente.* De hecho, en el análisis general de la variable de resultado no fue identificada diferencia estadística significativa entre las respuestas obtenidas de las categorías profesionales, sin embargo el análisis descriptivo mostró que los auxiliares de enfermería evaluaron la variable de resultado más positivamente, mientras los enfermeros fueron los profesionales que la evaluaron más negativamente. Este resultado puede estar relacionado al proceso de formación y a las actividades ejercidas por los profesionales, además de las recientes discusiones sobre la temática dentro de las instituciones. En general, el número de eventos adversos comunicados fue poco expresivo, revelando fragilidades en la cultura de seguridad y apuntando a áreas que necesitan ser mejor discutidas, como el enfoque frente a los errores y el sistema de notificación de eventos adversos. Los resultados permiten afirmar que las acciones de los núcleos de seguridad de las instituciones son incipientes, siendo necesario que el estudio realice discusiones en el ámbito de la enfermería de emergencias pediátricas, contribuyendo en la implantación de la cultura de seguridad en este contexto, fortaleciendo la educación permanente, el proceso de comunicación, la interacción entre los profesionales, calificando la asistencia prestada en las unidades. Se sugiere que las discusiones que involucran a la cultura de seguridad puedan ser ampliadas en el ámbito de las instituciones de enseñanza y de salud.

**Palabras-clave:** Enfermería; Seguridad del paciente; Cultura de Seguridad; Emergencia Pediátrica.

MACEDO, Taise Rocha. **Patient Safety Culture in Pediatrics' Emergency Unit**. 2015. 138 p. Dissertation (Master's Degree on Nursing) – Post-Graduation Program on Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Academic Tutor: Dra. Patrícia Kuerten Rocha

Concentration Area: Philosophy and Health Care in Nursing.

Line of Research: The care in health and nursing in acute and chronic situations of disease.

## ABSTRACT

The thematic of patient safety has been widely discussed in recent years. However, to improve patient safety in Pediatrics' Emergency Unit, we need to identify the safety culture, in order to map out strategies to strengthen potent areas and improve areas labeled as critical for safety patient. Therefore, the aim of this study was to identify the culture of patient safety in Pediatric Emergency from the nursing team perspective, through an instrument called *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. This is a quantitative research survey cross type. The sample was intentional, not probabilistic, conformed by 75 nurse team professionals following the inclusion and exclusion criteria. Data was collected in three Pediatric Emergency Public Hospitals of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, from September and November 2014, through the application of *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, which evaluated 12 dimensions of culture patient safety in 42 questions, being 18 reversed. This research was conducted and approved by the *Brazil Platform* under the protocol number: 35231514.1.0000.5361. For data analysis, initially responses were arranged in Excel and submitted for descriptive analysis, so dimensions were classified into strength or critical areas, and then Chi-Square statistic test were applied to compute the difference of the instrument result variable among professionals categories that participated in this study. Results show that were not found areas of strength for patient safety, highlighting the best evaluated, which were presented with potential to become: *Expectations and actions of the supervisor/manager to promote patient safety and Teamwork*. As critical area, a *Non-punitive response to the error and hospital management support for patient safety* was identified. In fact, in the overall analysis of the outcome variable it was not identified a statistically significant difference between the responses of professional categories, however the descriptive analysis showed that nursing assistants evaluated the outcome variable more positively, while nurses evaluated more negatively. This

result may be related to formation process and activities performed by professional nurses, in addition to recent discussions on this thematic in several institutions. Overall, the number of adverse events reported was not very expressive, revealing weaknesses in safety culture and addressing to areas that need to be further discussed, such as the error approach and reporting system for adverse events. Results confirm that actions of safety centers are emerging; discussions may be realized on the field of pediatric emergency nursing, contributing to safety culture implementation in this context, strengthening continuing education, communication process, interaction among professionals, evaluating the assistance units. Finally, discussions involving safety culture may be expanded in educational institutions and health.

**Keywords:** Nursing; Patient Safety; Safety Culture; Pediatric Emergency.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1:** Modelo do Queijo Suíço de James Reason ..... 27

### **Manuscrito 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, Santa Catarina, Brasil ..... 63

**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, Santa Catarina, Brasil ..... 65

**Figura 3-** Média percentual de respostas sobre o número de eventos adversos relatados nos últimos doze meses em Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil ..... 66

## LISTA DE TABELAS

### Manuscrito 1

**Tabela 01-** Características profissionais dos sujeitos da pesquisa cultura de segurança do paciente em Unidades de Emergência Pediátrica dos Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.....61

### Manuscrito 2

**Tabela 1-** Comparação de respostas positivas, neutras e negativas dos itens que estruturam a dimensão *Percepção Geral da Segurança do Paciente* de acordo com as categorias profissionais da equipe de enfermagem de Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.....79

**Tabela 2-** *Frequência de eventos adversos comunicados* de acordo com as categorias profissionais da equipe de enfermagem de Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014 .....82

**Tabela 3-** Nota de segurança do paciente das Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil de acordo com as categorias profissionais, 2014.....83

**Tabela 4-** Número de eventos adversos comunicados em Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil de acordo com as categorias profissionais, 2014.....84

## LISTA DE SIGLAS

AAP- Academia Americana de Pediatria  
AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CEP- Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos  
CISP- Classificação Internacional para a Segurança do Paciente  
CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNS- Conselho Nacional de Saúde  
COSEP- Comitê de Segurança do Paciente  
CSS - *Culture of Safety Survey*  
DECS- Descritores em Ciências da Saúde  
DP- Desvio Padrão  
EMGP A- Emergência Pediátrica A  
EMGP B- Emergência Pediátrica B  
EMGP C- Emergência Pediátrica C  
EUA- Estados Unidos da América  
FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz  
FPP - Formulário de Pedido Padrão  
HSOPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*  
HTSSCS- *Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey*  
INSAG- *International Nuclear Safety Group*  
MS – Ministério da Saúde  
NEG- Negativo  
NHS- *National Health Service*  
NEU- Neutro  
NISP- Núcleo Interno de Segurança do Paciente  
NUSEP- Núcleo de Segurança do Paciente  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
OPAS- Organização Pan Americana da Saúde  
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente  
POS- Positivo  
PROQUALIS – Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente  
PSCHO - *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations*  
REBRAENSP - Rede Brasileira de Enfermagem e de Segurança do Paciente  
RIENSP- Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente  
SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire*  
SCS - *Safety Climate Survey*  
SEPAESC- Pólo de Segurança do Paciente em Santa Catarina

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SLOAPS - *Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTIs- Unidades de Tratamento Intensivo

UTIN- Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

VHA PSCQ - *Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire*

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>19</b> |
| <b>2 OBJETIVO GERAL.....</b>   | <b>25</b> |
| <b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>  | <b>26</b> |
| 3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE.....   | 26        |
| 3.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE.....  | 34        |
| 3.3 EMERGÊNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO.....   | 40        |
| <b>4 METODOLOGIA.....</b>  | <b>46</b> |
| 4.1 TIPO DE ESTUDO.....  | 46        |
| 4.2 LOCAL.....   | 46        |
| 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....   | 47        |
| 4.4 COLETA DOS DADOS.....  | 48        |
| 4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....   | 51        |
| 4.5.1 Variáveis de Características Profissionais dos Sujeitos .....  | 51        |
| 4.5.2 Variáveis da Cultura de Segurança .....  | 51        |
| 4.5.3 Variáveis de Resultado.....  | 52        |
| 4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....   | 53        |
| 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....  | 53        |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>   | <b>55</b> |
| 5.1 MANUSCRITO 01- CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE<br>NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE<br>EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS..... | 56        |
| 5.2 MANUSCRITOS 02 - CULTURA DE SEGURANÇA DO<br>PACIENTE EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS.....   | 74        |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>93</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>96</b>  |
| <b>APÊNDICES.....</b>   | <b>108</b> |
| APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....   | 108        |
| APÊNDICE 2- Solicitação para aplicação do HSOPSC e autorização da AHRQ.....   | 110        |
| <b>ANEXOS.....</b>  | <b>111</b> |
| ANEXO 1- Adaptação transcultural do HSOPSC. Instrumento validado por Reis (2013), para o contexto hospitalar brasileiro (Instrumento Original)..... | 111        |
| ANEXO 2- Adaptação transcultural do HSOPSC. Instrumento validado por Reis (2013), para o contexto hospitalar brasileiro (Instrumento adaptado)..... | 123        |
| ANEXO 3- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....  | 135        |

## 1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente existe desde os primórdios da Medicina, quando Hipócrates (Séc. 4 a.C.) declarava "*Primum non nocere*", ou seja, "Em primeiro lugar, não cause dano". Essa inquietação ampliou-se para a Enfermagem, somente séculos mais tarde quando Florence Nightingale (1863) em seu livro "*Notes on Hospital (Notas sobre Hospitais)*", afirmava que o primeiro dever de um hospital deveria ser não causar mal ao paciente (DICKENS; SINSABAUGH; WINGER, 2006; NIGHTINGALE, 1863).

No entanto, atividades pontuais, que pudessem desencadear ações efetivas a fim de reconhecer e posteriormente agir sobre a situação da segurança ao paciente aconteceram depois de cerca de dois séculos. Mais precisamente quando ocorreu a publicação do relatório "*To err is human: building a safer health care system*" (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), do *Institute of Medicine* (Instituto de Medicina) dos Estados Unidos da América (EUA), no ano 2000. Este relatório apresentou estimativas alarmantes de mortes e eventos adversos decorrentes da assistência à saúde (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

O estudo também revelou um dramático resultado, mostrando que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morrem anualmente nos EUA em consequência de "erros médicos", ou seja, eventos adversos evitáveis em unidades de saúde, tornando esta a 8ª causa de morte no país, ultrapassando os óbitos por acidentes aéreos (44.458), câncer de mama (42.297) ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-SIDA (16.516) (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Neste sentido, estudo divulgado recentemente aponta que o quantitativo de mortes decorrentes dos eventos adversos evitáveis em saúde são ainda mais gritantes. Estima-se que aproximadamente 400.000 pacientes morrem anualmente em função de eventos adversos evitáveis e cerca de 2 a 4 milhões de eventos adversos causam sérias consequências à saúde do paciente, mas não levam a óbito (JAMES, 2013).

Os custos adicionais decorrentes destes erros consomem valores entre US\$ 17 bilhões e US\$ 29 bilhões por ano nos EUA. Além das perdas financeiras, os erros também geram perda de confiança no sistema de saúde e diminuem a satisfação por parte dos usuários e dos profissionais (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Desde a publicação deste relatório, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a questão da segurança do paciente como tema de alta prioridade na agenda de seus países membros (SILVA, 2010).

No intuito de reduzir o número de doenças, lesões e mortes decorrentes da assistência à saúde, a OMS e os países parceiros se organizaram e lançaram em outubro de 2004, a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), com o objetivo de promover a segurança do paciente e reduzir as consequências sociais e físicas decorrentes da assistência à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

O Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e, desde então, vem organizando e desenvolvendo ações na tentativa de melhorar as questões relacionadas a segurança do paciente, como a Rede de Hospitais Sentinela, criada no ano de 2001, e que vêm trabalhando a questão do gerenciamento de risco sobre três pilares: busca ativa de eventos adversos, notificação de eventos adversos e uso racional das tecnologias (BERNARDES, 2013).

Recentemente, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), lançaram o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), propondo uma série de medidas com o intuito de reduzir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde, evitando eventos ou circunstâncias que podem resultar em dano desnecessário ao paciente (BERNARDES, 2013; BRASIL, 2013).

Neste sentido, incentivar uma cultura de segurança tem-se apresentado como uma premissa para melhorar a qualidade da assistência à saúde. A cultura de segurança foi definida pelo Grupo Consultivo Internacional de Energia Nuclear (INSAG) em 1986 e descrita como “um grupo de valores, atitudes, percepções e competências grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição” (RIGOBELLO *et al*, 2012).

Afinal, é imperativo que estratégias de melhorias na área da segurança do paciente sejam desenvolvidas, pensando na modificação do cenário que se vive atualmente. Conhecer cada vez mais sobre a cultura de segurança do paciente é um importante ponto de partida para as instituições de saúde reverterem esta situação (XUANYUE *et al*, 2013)

Para que tais mudanças aconteçam nas instituições, é fundamental conhecer a cultura de segurança que a constitui, buscando constantemente intervi-la e modificá-la almejando um serviço de saúde cada vez mais seguro (FONSECA; PETERLINE; COSTA, 2014). Na cultura de segurança os eventos são relatados, e não existe a culpabilização individual pelo notificador. Assim, a partir do conhecimento de determinado fato, faz-se um levantamento da causa raiz, buscando o contexto que contribuiu para tal desfecho (SARKAR, 2011). Além disso,

os erros passam a servir de aprendizado, para que mudanças possam acontecer na própria instituição, evitando erros futuros e promovendo a segurança do paciente (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Neste sentido, identificar e implementar a cultura de segurança nas instituições de saúde pode ter associação direta com a melhora na segurança da assistência prestada ao paciente, consequentemente reduzindo eventos adversos e mortes decorrentes da assistência a saúde (RIGOBELLO *et al*, 2012).

O nível de cultura de segurança do paciente das instituições pode ser avaliado mediante aplicação de questionários aos trabalhadores e gestores sobre as suas atitudes para a segurança do paciente, o grau de prioridade atribuída à segurança do paciente na instituição e a percepção do indivíduo acerca do gerenciamento da unidade de trabalho e de toda a organização (PAESE; SASSO, 2013).

Atualmente, os instrumentos utilizados na avaliação da cultura de segurança estão mais confiáveis, devido à quantidade de informações que relacionam à cultura de segurança a melhoria da segurança do paciente dentro dos hospitais, se tornando cada vez mais essenciais na gestão em saúde (JACKSON; SARAC; FLIN, 2012).

A segurança do paciente é uma questão de prioridade para todos os profissionais de saúde, inclusive aqueles que trabalham no atendimento de emergência. Aliás, estas unidades formam a principal porta de entrada destes serviços, reforçando a sua relevância para o sistema de saúde (TOMÁS; GIMENA, 2010).

Desta forma, as emergências estão entre as áreas dos hospitais com maior risco de eventos adversos, pois exigem rápidas tomadas de decisão, relacionamento com diversas categorias profissionais, desenvolvimento de uma série de procedimentos e aplicação de diversas medicações de alto risco (TOMÁS *et al*, 2012).

Além disso, os serviços de emergência constituem-se em locais estressantes e altamente complexos, facilitando a ocorrência de erros. Frequentemente os profissionais que ali atuam exercem ao mesmo tempo uma série de atividades que exigem atenção cognitiva complexa e simultânea. Neste contexto, quando o atendimento é ao paciente pediátrico, a situação é ainda mais complexa, pois aspectos específicos como a falta de padronização na dosagem das medicações devido à variação de tamanho na faixa etária pediátrica; incapacidade das crianças em fornecerem uma história clínica ou comunicar claramente reclamações; e as características físicas e de desenvolvimento que influenciam nas estratégias de tratamento e de medicações, podem

umentar o risco de danos ao paciente (AMAMOTO; PETERLINI; BOHOMOL, 2011; KRUG, FRUSH, 2007).

Como se não bastasse todos estes agravantes, o contexto das emergências pediátricas ainda enfrenta a presença constante de demandas excessivas de pacientes, que exigem dos profissionais atenção redobrada durante todo o processo de assistência (RATI, 2013).

Neste sentido, com o intuito de avaliar a taxa e a gravidade dos erros de medicações em uma Emergência Pediátrica do Canadá antes e após a implementação de um formulário padrão para gerenciamento da anafilaxia, um estudo foi realizado no período de setembro de 2007 a novembro de 2010, totalizando 96 pacientes menores de 18 anos com quadro de anafilaxia (BENKELFAT, 2013).

Neste estudo os pacientes foram divididos em dois grupos: o grupo pré intervenção (31 pacientes), que foram as crianças atendidas entre setembro de 2007 e dezembro de 2008 e que receberam atendimento sem a presença do formulário de pedido padrão (FPP) para a prescrição do medicamento; e, o grupo pós intervenção (59 pacientes), que compreenderam as crianças atendidas entre janeiro de 2009 e novembro de 2010, sendo subdividido em dois grupos: o primeiro grupo (29 pacientes) que receberam medicação prescrita com o uso do formulário de pedido padrão, designados como FPP+; e, o segundo grupo (30 pacientes), que continuaram recebendo a medicação sem o uso do formulário de pedido padrão de prescrição, designados como FPP- (BENKELFAT, 2013).

A partir disto, o estudo demonstrou a proporção dos erros de medicação em emergências, quando do total de 243 medicamentos prescritos, 35% (n=85/243) continha pelo menos um erro de medicação e 55% destes erros (n=47/85) eram erros de dosagem, sendo estes significativamente reduzidos quando implantado o FPP; neste caso, a estimativa de erro de dosagem caiu para 21% ( $p= 0,02$ ), representando uma redução de erro de 34%, reforçando que ações simples e factíveis promovem a cultura de segurança e qualificam a assistência em saúde (BENKELFAT, 2013).

Para demonstrar a estreita relação que envolve a cultura de segurança e a melhora na segurança do paciente, estudo desenvolvido em um Hospital Pediátrico do Estado de Ohio nos EUA objetivou implementar mudanças na cultura de segurança do paciente com intuito de reduzir eventos graves de segurança em um prazo de quatro anos. Para avaliar a cultura de segurança da instituição utilizaram o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) (MUETHING *et al.*, 2012).

As intervenções realizadas na Instituição basearam-se em prevenção de erros; reestruturação da gestão da segurança do paciente; novo processo de análise de causa raiz e uma base de dados de causa comum; visibilidade das lições apreendidas com o programa; e, intervenções específicas para as áreas de alto risco. Os resultados apontaram redução na média de eventos adversos graves de 0,9 por 10.000 pacientes/dia, para 0,3 por 10.000 pacientes/dia ( $p < 0,0001$ ). O intervalo de dias entre a ocorrência de eventos adversos graves aumentou em média de 19,4 dias para 55,2 dias ( $p < 0,0001$ ). A partir disto, os autores conseguiram observar aumento quanto a cultura de segurança do paciente e reduções significativas nas taxas de eventos adversos desta Instituição (MUETHING *et al*, 2012).

Por se tratar de um fenômeno local, é importante avaliar a cultura de segurança das instituições utilizando instrumentos validados, uma vez que estes já foram aplicados a milhares de profissionais, e servem como padrão para comparações (WATCHER, 2013). O HSOPSC, é um instrumento já validado para o contexto hospitalar, foi lançado pela Agência de Investigação de Saúde e Qualidade –*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) no ano de 2004, no intuito de auxiliar os hospitais na avaliação da cultura de segurança em suas instituições (AHRQ, 2014).

No Brasil, o HSOPSC foi traduzido e utilizado pela primeira vez no ano de 2007, em uma dissertação de mestrado na área da Administração, da Fundação Getúlio Vargas, na cidade de São Paulo. O estudo verificou que as instituições hospitalares avaliadas possuíam uma cultura de ações punitivas frente aos erros (CLINCO, 2007).

Já no ano de 2009, uma instituição hospitalar privada de grande porte utilizou novamente o HSOPSC como instrumento de escolha para avaliar o comportamento dos colaboradores em relação a cultura de segurança do paciente. Os dados obtidos neste estudo foram comparados aos disponibilizados no banco de dados da AHRQ e permitiu afirmar que aspectos da cultura de segurança da instituição poderiam ser aprimorados para modificar a avaliação dos domínios que receberam menor desempenho (ZIMMER *et al*, 2009).

Conforme se constatou na busca por publicações, não se localizou no contexto nacional e internacional investigações realizadas utilizando o instrumento HSOPSC em emergências pediátricas, no entanto foram localizados estudos desenvolvidos em Unidades de Internação Pediátrica e Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN).

Desta forma, permite-se afirmar que há um quantitativo reduzido de publicações envolvendo o HSOPSC no contexto de Internação

Pediátrica e inexistência da utilização deste instrumento em Unidades de Emergência Pediátrica, reportando-nos a uma lacuna do conhecimento.

Considerando a importância de conhecermos a cultura de segurança das Unidades de Emergência Pediátrica, para que se possa contribuir com a melhora da assistência prestada neste contexto, surge a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a cultura de segurança do paciente em emergências pediátricas na perspectiva da equipe de enfermagem de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis?

## **2 OBJETIVO GERAL**

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).

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo será apresentada uma revisão narrativa da literatura, envolvendo as seguintes temáticas: Segurança do Paciente, Cultura de Segurança do Paciente e Emergência e Segurança do Paciente Pediátrico. Para a sua construção, realizou-se busca de artigos científicos nas bases de dados *Scielo*, *PubMed*, *Web of Science*, *Scopus*, *Elsevier*, *Cinahl* com os seguintes descritores indexados no Descritores em Ciências da Saúde (Decs): segurança do paciente, *patient safety*, *seguridad del paciente*, cultura, *culture*, *cultura*, segurança, *safety*, *seguridad*, enfermagem em emergência, *emergency nursing*, *enfermeira de urgência*; e, com as seguintes palavras chaves: emergência pediátrica, cultura de segurança do paciente, clima de segurança do paciente, *hospital survey on patient safety culture*, *emergency pediatrics*, *paciente safety culture*, *climate of patient safety*, *emergência pediátrica*, *cultura de seguridad del paciente*, *clima de la seguridad del paciente*. Também se realizou buscas de resoluções pertinentes à temática, livros, dissertações e teses.

#### 3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

Nas últimas décadas a preocupação com a segurança do paciente tornou-se fonte de grandes inquietações na área da saúde. Afinal, a assistência em saúde traz inúmeros benefícios, no entanto é possível que erros aconteçam, trazendo sérias consequências ao paciente (RIGOBELLO, 2012).

Os serviços e ações de saúde são complexos e dinâmicos e, por este motivo, a ocorrência dos erros são possíveis de ocorrer, tornando o aprofundamento na temática do erro e sua relação com a segurança do paciente cada vez mais necessária (REIS, 2013).

Tratando-se de erros, por muito tempo as questões envolvendo-os foram vistas como de responsabilidade exclusiva do indivíduo que estivesse envolvido no desfecho. No intuito de modificar esse enfoque dedicado ao erro, o psicólogo James Reason preocupou-se em conhecer as situações que os envolviam e buscou compreender o comportamento humano em relação a este, apresentando duas abordagens de enfrentamento aos erros humanos: a abordagem centralizada na pessoa, onde os erros são causados por fatores individuais como desatenção, esquecimento, descuido, desmotivação, negligência e imprudência; e a abordagem focada no sistema, que considera os seres humanos falíveis e passíveis de cometerem erros, e que os erros acontecem por questões sistêmicas. Considera ainda que o modelo de enfrentamento dos erros, adotadas pela

gestão das instituições, reflete diretamente na segurança do paciente (REASON, 2000).

Além disso, cita que os erros podem ser do tipo ativo, caracterizados por ações inseguras cometidas por indivíduos que estão em contato direto com o sistema; ou do tipo latente, que são atos ou ações que podem ser evitados dentro do sistema, surgindo a partir da gestão da instituição (REASON, 2000).

Para elucidar a forma como os erros ocorrem nas instituições, Reason (2000) utilizou o Modelo do Queijo Suíço (Figura 1). Neste modelo, o erro pode ser evitado por meio de barreiras de defesa, que seriam as camadas do queijo. No entanto, se erros sistêmicos ocorrem de forma simultânea nas organizações, essas falhas funcionariam como brechas que permitiriam a comunicação das fenestras do queijo que quando alinhadas, culminariam no erro. Na figura, o vetor representa a ausência de barreiras, mostrando que uma situação de risco atingiu o paciente causando um dano.

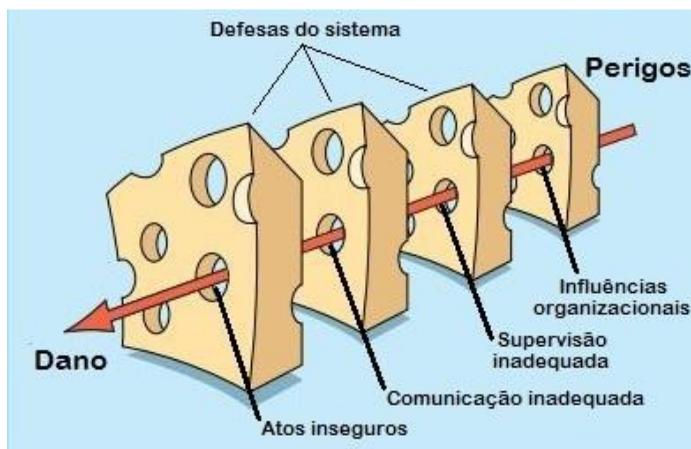


Figura 1: Modelo do Queijo Suíço de James Reason  
Fonte: Adaptado de Reason, BMJ n. 320, p. 768–70, 2000.

Na área da saúde, assim como em outras indústrias de alto risco, como na aviação civil e na energia nuclear, a substituição “do jogo da culpa e da vergonha” por uma abordagem sistêmica, tem sido considerada como a pedra angular para a melhoria da segurança nos serviços (WACHTER, 2013).

Neste aspecto, a análise de causa raiz tem sido amplamente utilizada para investigação de fatores sistêmicos que favoreceram a

ocorrência do erro, propondo soluções que possam prevenir erros similares a causar danos no futuro (WATCHER, 2013).

No entanto, para que esta abordagem seja efetivada é necessário que as instituições tenham implantadas uma “cultura justa”, onde as pessoas sejam encorajadas e até mesmo recompensadas por fornecerem informações essenciais relacionadas à segurança, mas que também possam compreender o limiar de um comportamento aceitável e um inaceitável, não tolerando o desrespeito consciente a riscos evidentes aos pacientes ou a faltas graves (WATCHER, 2013).

Nas instituições de saúde, as mudanças envolvendo a segurança começaram a acontecer com maior efetividade a partir da publicação do relatório *To err is human* pelo *Institute of Medicine* (Instituto de Medicina), no ano 2000. Esta publicação gerou grandes repercussões nos meios de comunicação e entre os profissionais de saúde, uma vez que evocou o problema dos erros e eventos adversos decorrentes dos serviços de saúde, tornando a segurança do paciente, temática de grande preocupação mundial (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

No ano de 2001, o *Institute of Medicine* publicou um segundo relatório chamado “*Crossing the Quality Chasm a New Health System for the 21st Century*” (Superando o abismo da qualidade: um novo sistema de saúde para o século XXI), reforçando a necessidade de uma mudança no sistema de saúde norte americano, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde, fornecendo orientações aos gestores, profissionais de saúde, entre outros (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

A partir destas experiências, com o intuito de modificar o cenário desastroso e a realidade que envolve os serviços de saúde, no ano de 2002, a partir da quinquagésima quinta Assembleia Mundial de Saúde, os Estados Membros da OMS foram alertados a dispensar maior atenção para o problema de segurança do paciente, estabelecendo e fortalecendo sistemas necessários para melhorar a segurança e a qualidade da assistência oferecida aos pacientes, embasados em conhecimento científico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

No ano de 2004, como já mencionado, a OMS estruturou em Washington a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente), com o objetivo de reduzir as consequências dos eventos adversos relacionados ao cuidado em saúde. Desde o seu surgimento, esta vêm lançando Programas voltados para a melhoria da segurança do paciente, estruturados em treze grandes áreas de trabalho, que discutem metas e desafios para a assistência segura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

A área de ação 1 trata do *Global Patient Safety Challenges* (Desafios Globais para a Segurança do Paciente), que envolve ações que promovem o comprometimento global, para melhorar a segurança da assistência em saúde em todos os países membros da OMS. A primeira ação do *Global Patient Safety Challenge* foi *Clean care is safe care* (Cuidado Limpo é Cuidado Seguro), que tem o objetivo de garantir a melhoria da higienização das mãos pelos profissionais de saúde; a segunda foi *Safe Surgery Save Lives* (Cirurgias Seguras Salvam Vidas), que almeja melhorar em nível mundial a segurança dos tratamentos cirúrgicos em todos os contextos de atenção à saúde; e a terceira é *Addressing Antimicrobial Resistance* (Enfrentar a Resistência Antimicrobiana) tendo como foco o uso racional de antimicrobianos, combatendo a resistência microbiana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Segundo a *World Health Organization* (2015) as outras áreas de ação que estruturam as treze grandes áreas de trabalho para a segurança do paciente, como referenciado, são:

- Área 2- *Patient for Patient Safety* (Pacientes pela segurança do paciente), orientando a parceria dos pacientes nos movimentos pela segurança do paciente em todo o mundo;

- Área 3- *Research in Patient Safety* (Pesquisa em Segurança do Paciente), que incentiva a realização de pesquisas para o reconhecimento dos danos e desenvolvimento de estratégias para a prevenção dos mesmos;

- Área 4- *Taxonomy for Patient Safety* (Taxonomia para a Segurança do Paciente), preocupou-se em padronizar internacionalmente a classificação das informações em segurança do paciente;

- Área 5- *Reporting and Learning Systems* (Sistemas de Relato e Aprendizagem), estimula o desenvolvimento de ferramentas de notificação e análise de eventos adversos, além de abordagens de causa raiz que identifiquem as fontes dos erros, prevenindo recorrências;

- Área 6- *Patient Safety Solutions* (Soluções para a Segurança do Paciente), propõe intervenções e ações práticas para prevenção de danos ao paciente;

- Área 7- *Hight 5S* ( Alto 5S), pretende facilitar e implementar soluções padronizadas de segurança do paciente nas organizações como: cuidado no preparo de soluções concentradas de eletrólitos; controle de medicações; realização de procedimentos corretos em locais corretos; prevenir falhas de comunicação nas passagens de plantão; prevenção e redução das infecções relacionadas a assistência à saúde;

- Área 8- *Technology for patient safety* (Tecnologias para a Segurança do Paciente), incentiva a promoção da segurança do paciente através do uso de novas tecnologias;

-Área 9- *Knowledge Management* (Gestão do Conhecimento) propõe reunir e compartilhar os conhecimentos que envolvem a evolução mundial da segurança do paciente;

- Área 10- *Eliminating central line-associated bloodstream infections* (Eliminando Infecções de Cateter central) incentive ações mundiais para prevenir, controlar e eliminar infecções relacionadas a cateter central nos serviços de saúde;

-Área 11- *Education for safer care* (Educação para um cuidado mais seguro) desenvolve guias curriculares para alunos da área da saúde, voltados para a segurança do paciente;

- Área 12- *Safety Prize* (Prêmio de Segurança) será um prêmio internacional que impulsionará mudanças e melhorias na área da segurança do paciente;

- Área 13- *Medical Checklists* (Checklists para a área da saúde) baseado no sucesso do checklist para cirurgias seguras, esta área pretende ampliar o desenvolvimento de listas de verificação de segurança em saúde para outras áreas e serviços de saúde.

Ainda preocupada em promover a segurança do paciente e fortalecer ações para prevenção de problemas de maiores dimensões, a OMS estabeleceu parceria com *The Joint Commission* e a *Joint Commission International* criando o centro colaborador para a segurança do paciente (*WHO Collaborating Center*) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Apesar de toda a mobilização que acontecia no cenário internacional, o conceito de segurança do paciente só veio a ser definido pela OMS no ano de 2009, qual seja a redução de riscos e danos desnecessários ao paciente, associados aos cuidados de saúde a um nível mínimo aceitável. A ideia de mínimo aceitável está associada à viabilidade existente diante dos conhecimentos, recursos disponíveis e do contexto em que se realiza a assistência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Nacionalmente, a discussão e mobilização sobre esta temática ainda é incipiente, no entanto, algumas iniciativas já vêm acontecendo desde o ano de 2001, quando a ANVISA instituiu a Rede de Hospitais Sentinela, como referenciado. No início da proposta participavam deste projeto hospitais públicos, privados ou filantrópicos de média e alta complexidade, sendo que estas instituições funcionavam como

observatório do uso da tecnologia para o gerenciamento de risco a saúde no Brasil (BRASIL, 2013).

Com o fortalecimento do programa, a partir do ano de 2011, as instituições de saúde que desejassem participar da Rede de Hospitais Sentinela necessitaram criar uma gerência de risco, estabelecendo uma política de gestão de risco na instituição. O objetivo da rede passou a ser o fortalecimento das ações de vigilância sanitária e a busca contínua de uma gestão de risco sanitário a contento, com o desenvolvimento da qualidade e do aprimoramento de práticas seguras nos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Atualmente a Rede de Hospitais Sentinela continua gerenciando os riscos dentro das instituições de saúde, estimulando a identificação precoce e a notificação dos eventos adversos nas áreas de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância (BRASIL, 2013).

Com a intenção de propagar e sedimentar a cultura de segurança do paciente nos diversos contextos sociais, como instituições de saúde, escolas, universidades, organizações governamentais, entre os usuários e seus familiares, surgiu no ano de 2008, por meio de uma iniciativa da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), que está vinculada a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP) (BRASIL, 2013).

Para facilitar a divulgação das atividades da REBRAENSP, pólos estaduais foram criados para o cumprimento deste objetivo. Em Santa Catarina, desde 2009 contamos com o Pólo de Segurança do Paciente em Santa Catarina (SEPAESC), traçando como objetivo promover a cultura de segurança do paciente no estado e promover estratégias e desenvolver ações para medida e melhoria de processos nos ambientes de cuidado em saúde, como indicadores de segurança (REBRAENSP, 2015).

Ainda no ano de 2009, com o intuito de disseminar o conhecimento na área de informação clínica e segurança do paciente, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) lança o Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente, o Portal Proqualis, com intuito de produzir e disseminar informações e tecnologias em qualidade e segurança do paciente (BRASIL, 2013).

No entanto, um marco importante, como já referenciado, para a segurança do paciente em nível nacional ocorreu no ano de 2013, quando o MS e a ANVISA instituíram a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, lançando o PNSP, tendo como objetivo melhorar a segurança do paciente, prevenindo e reduzindo a incidência de eventos adversos decorrentes da assistência à saúde. Dentre suas principais ações está a implantação dos

Núcleos da Segurança do Paciente nas instituições de saúde e a criação do Comitê de Implementação do PNSP (BRASIL, 2013).

Embora haja constantes esforços no sentido de melhorar a segurança do paciente, percebe-se que estas melhorias nos estabelecimentos de saúde seguem a passos lentos. Avaliação realizada em todos os países pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente identificou a prevalência de 3% e 16% de pacientes sofrendo eventos adversos resultantes de cuidados de saúde não seguros. No entanto, o estudo ainda acredita que nos países pobres, esses resultados sejam ainda piores e com menores perspectivas de soluções (JHA *et al*, 2010).

A segurança do paciente necessita ser um princípio fundamental nos cuidados em saúde, pois cada fase do processo de cuidado estabelece certo grau de insegurança (XUANYUE *et al*, 2013).

Os eventos adversos podem advir de problemas relacionados a produtos, procedimentos ou sistemas. Melhorias na segurança do paciente exigem um complexo esforço coletivo, envolvendo uma gama de ações na melhoria de desempenho da segurança ambiental e gestão de riscos, incluindo controle de infecção, uso seguro de medicamentos, equipamentos, segurança na prática clínica e no ambiente de trabalho (XUANYUE *et al*, 2013).

Embora exista uma preocupação no sentido de modificar a realidade da segurança do paciente nas instituições de saúde, o que se observa é que os estudos envolvendo a temática apresentam dados ainda mais preocupantes em relação a mesma. Conforme estudo lançado recentemente nos EUA, de todas as mortes que ocorrem anualmente naquele país, um sexto são decorrente de eventos adversos evitáveis envolvendo a assistência à saúde (JAMES, 2013).

Estima-se que o impacto financeiro decorrente de erros associados aos cuidados em saúde e de eventos adversos seja enorme. No final da década de 1990, os EUA já estimavam que os valores gastos no país para eventos adversos evitáveis girava em torno de 17 e 29 bilhões de dólares, valores similares aos gastos no ano de 2011. Quando se considerava os gastos com eventos adversos “não evitáveis”, esses valores dobravam (SARKAR *et al*, 2011).

Assim verifica-se que os eventos adversos geram enormes custos ao sistema de saúde, com grandes desperdícios de recursos financeiros, que poderiam ser melhor utilizados em processos de melhorias do próprio sistema. Além dos custos financeiros, os eventos adversos geram perda de confiança no sistema e redução da satisfação dos pacientes e profissionais de saúde (FONSECA, PETERLINE, COSTA, 2014).

Ciente da relevância dos impactos que envolve as questões relacionadas a segurança do paciente, a OMS preocupou-se em definir termos específicos para tratar destas questões. Para tanto, buscou apoio de especialistas internacionais e definiu um quadro conceitual, que oferece uma compreensão dos principais conceitos que envolvem a segurança do paciente em nível regional e internacional, criando a *Classification for Patient Safety*–CISP (Classificação Internacional para a Segurança do Paciente), permitindo uma compreensão universal destes termos. Os principais conceitos traduzidos para o contexto brasileiro são apresentados na sequência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009):

- **Segurança do Paciente:** redução dos riscos de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável.

- **Dano associado ao cuidado de saúde:** é o dano decorrente ou associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados a saúde, e não de uma doença ou lesão subjacente.

- **Dano:** envolve prejuízo na estrutura ou funções do corpo, e pode acarretar doença, lesão, sofrimento, incapacidade de ordem física, social ou psicológica ou morte.

- **Incidente de segurança do paciente:** é um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o paciente.

- **Erro:** Consiste na falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Podem manifestar-se por omissão (quando não se realiza a ação correta, descrita como a forma passiva do erro) ou comissão (quando se faz algo errado, forma ativa dos erros).

- **Incidentes sem danos:** é um incidente que não resultou em dano ao paciente;

- **Incidente com danos ou evento adverso:** é um incidente que resultou em danos ao paciente.

Assim sendo, este estudo considera que a segurança do paciente visa a redução dos danos associados a assistência em saúde, através da prevenção de erros que podem ou não causar danos aos pacientes. E, para que tal associação possa ser executada, torna-se fundamental a identificação da cultura de segurança do paciente.

### 3.2 CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

À medida que a saúde começou a dispensar maior atenção à área da segurança, procurou espelhar-se em organizações que trataram seus problemas relacionados a erros de forma efetiva, às chamadas organizações altamente confiáveis. Este conceito relaciona-se com os modelos de organização presentes nas usinas nucleares e empresas de aviação (WATCHER, 2013).

Assim, a terminologia cultura de segurança do paciente é originária do Grupo Consultivo Internacional de Energia Nuclear (INSAG), sendo utilizado pela primeira vez em 1986, quando apresentaram o relatório do acidente nuclear de *Chernobyl*. (RIGOBELLO *et al*, 2012).

A experiência repassada pela análise dos graves acidentes da indústria nuclear e da aviação permitiu a mudança do foco na investigação dos fatores que levavam a ocorrência de desastres, do âmbito individual para o organizacional. Essa modificação de foco também passou a acontecer na área da segurança do paciente. Desta forma, a cultura da segurança reflete as atitudes gerenciais e do trabalhador e valores relacionados à gestão do risco e da segurança (PAESE; SASSO, 2013).

A cultura de segurança pode ser encarada como um comportamento global de indivíduos e organizações baseado em crenças e valores comuns, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento da gestão em substituir a culpa e punição pela oportunidade de aprender com as falhas, melhorando a atenção à saúde e conseqüentemente oferecendo segurança ao paciente (MORELLO *et al.*, 2013; BRASIL, 2013).

Este termo também pode ser utilizado como abreviação para um ambiente em que o trabalho é realizado em equipe, a comunicação realizada claramente e a franqueza sobre os erros seja operante, tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes (WATCHER, 2013).

Algumas características são facilmente identificadas na cultura de segurança, pois ela é predominantemente um fenômeno local; varia entre diferentes prestadores em uma unidade, sendo percebida de maneira diferente por prestadores de cuidado de saúde e gestores (WATCHER, 2013).

Já o clima de segurança geralmente está associado aos componentes mensuráveis da cultura de segurança, como os comportamentos de gestão, sistemas de segurança e as percepções dos funcionários em relação à segurança (COLLA *et al*, 2005).

Avaliar o atual estado da cultura das instituições é o primeiro passo para a efetivação de uma cultura de segurança, pois a partir desta

avaliação determina-se a percepção e o comportamento dos profissionais relacionados à segurança e ações podem ser estabelecidas para aprimorá-las (REIS, 2013).

Melhorar a cultura da segurança do paciente tem sido colocada como a primeira das recomendações para promover a segurança nos serviços de saúde. Assim, a cultura de segurança serve como um indicador estrutural básico que favorece a implementação de boas práticas clínicas e utilização de outras estratégias, como elaboração de relatórios de incidentes e programas de aprendizagem (NATIONAL QUALITY FORUM, 2010)

Neste sentido Morello *et al.* (2013), reforçam que uma cultura de segurança positiva pode promover a segurança do paciente e melhorar a organização com o comportamento de segurança.

Com o intuito de desenvolver a cultura de segurança, as instituições de saúde devem estimular o trabalho interdisciplinar. Esta maneira de desenvolvimento do trabalho é considerada uma recomendação para avançar nas questões que envolvam a segurança do paciente e na qualidade da assistência à saúde (WEGNER; PEDRO, 2012).

Para tanto, existem diversos instrumentos que possibilitam avaliar a cultura de segurança do paciente nestas instituições. Estes instrumentos são formados por questões temáticas, adequadas para dimensionar as condições organizacionais que podem levar a eventos adversos e danos ao paciente. Fornecem uma métrica, que possibilita visualizar e compreender a maneira como o trabalho é realizado (MELLO; BARBOSA, 2013).

Nas instituições hospitalares, podem ser utilizados como uma ferramenta diagnóstica para identificar áreas que necessitam de melhorias; identificam ações de segurança do paciente; avaliam mudanças ao longo do tempo e possibilitam comparações com banco de dados externos (SORRA, NIEVA, 2004).

Dentre estes vários instrumentos disponíveis para mensurar a cultura de segurança do paciente podemos citar os seguintes: *Hospital Survey on Patient Safety Culture* - HSOPSC (Pesquisa Hospitalar sobre a Cultura de Segurança do Paciente); *An Organizational Approach to Patient Safety* - SLOAPS (Estratégias para a Liderança: uma abordagem organizacional para a segurança do paciente); *Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations* - PSCHO (Cultura de Segurança do Paciente em Organizações de Saúde); *Culture of Safety Survey* - CSS (Pesquisa sobre a cultura de segurança); *Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire* - VHA PSCQ (Questionário da cultura de

segurança do paciente para aplicação a veteranos); *The Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey* - HTSSCS (Pesquisa sobre a cultura de segurança do paciente de um hospital com serviço de transfusão); *Safety Attitudes Questionnaire* - SAQ (Questionário de Atitudes de Segurança); *Safety climate Survey* - SCS (Pesquisa do clima de Segurança) (COLLA *et al*, 2005).

Apesar do número elevado de instrumentos, mundialmente os mais utilizados são o SAQ e o HSOPSC. Com o objetivo de avaliar a confiabilidade e a validade preditiva destes instrumentos, realizou-se estudo no sul dos EUA. Participaram desta pesquisa 220 profissionais que atuavam em 15 UTIs (Unidades de Tratamento Intensivo) de 12 hospitais daquele país, sendo que os participantes do estudo responderam a ambos os questionários. Os resultados apontaram que os dois instrumentos tiveram boa confiabilidade ( $\alpha$  de Cronbach  $\geq 0,70$ ) e evidência de validade preditiva. No entanto, o SAQ avalia apenas seis dimensões da cultura de segurança, enquanto o HSOPSC avalia doze dimensões, possibilitando conhecer outras extensões da cultura de segurança de determinada unidade ou instituição (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012).

O HSOPSC está focado em obter resultados de unidades e instituições por meio de um grande número de domínios da cultura, fato que facilita a determinação de pontos prioritários que necessitam de melhoria da qualidade (ETCHEGARAY; THOMAS, 2012; ZIMMER *et al*, 2009).

No relatório da ARQH (2014), as informações publicadas são referentes a aplicação do HSOPSC em 653 hospitais americanos, atingindo 405.281 participantes, fato que expõe a confiabilidade e facilidade de aplicação deste instrumento. Deste modo, a AHRQ reforça que o HSOPSC é um instrumento útil para avaliação da cultura de segurança de todo hospital, ou para unidades específicas dentro da mesma instituição. Além disso, pesquisas empregando este instrumento podem ser utilizadas para acompanhar modificações na segurança do paciente ao longo de um período e na avaliação de intervenções realizadas na área da segurança do paciente (SORRA *et al*, 2014; SORRA; NIEVA, 2004).

O HSOPSC vem sendo amplamente utilizado em nível mundial desde 2004, devido as suas propriedades psicométricas, que correspondem a possibilidade de tal instrumento ser de fácil utilização, confiável e expressar numericamente com precisão o fenômeno estudado. Além disso, a psicometria preocupa-se em estabelecer uma relação entre as questões ambientais (físicas e sociais) e o comportamento individual. Dessa forma, a avaliação psicométrica de um instrumento, pode ser verificada através da aplicação de teste de confiabilidade e validade

(MELLO; BARBOSA, 2013; LOBÃO; MENEZES, 2013; TOMAZONI *et al*, 2015).

Este instrumento é preenchido individualmente e apresenta questões referente à cultura que determina a representatividade do grupo. Contempla 42 itens, dispostos em 12 dimensões que são: 1- abertura de comunicação; 2- *feedback* e comunicação; 3- frequência de eventos relatados; 4- transferências e passagens de plantão; 5- apoio da gestão hospitalar sobre a segurança do paciente; 6- reposta não punitiva ao erro; 7- Melhoria continua com aprendizado organizacional; 8- percepção geral sobre segurança do paciente; 9- quadro de funcionários; 10- expectativas do supervisor e/ou chefia para a promoção da segurança do paciente; 11- trabalho em equipe na unidade; 12- trabalho em equipe entre as unidades hospitalares (SORRA *et al*, 2014).

Ainda no relatório apresentado pela AHRQ (2014), dados gerais apresentam que as quatro dimensões com maior percentual de respostas positivas foram: Trabalho em equipe (81%); Expectativas do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente (76%); Melhoria continua com aprendizado organizacional (73%); demonstrando que as instituições hospitalares estão preocupando-se com as questões que envolvem a segurança do paciente. Entretanto, as dimensões que apresentam potencial de melhoria para contemplar a segurança do paciente na opinião da maioria dos profissionais são: respostas não punitivas ao erro (44%); transferências internas e passagens de plantão (47%) e quadro de funcionários (55%) (SORRA *et al*, 2014).

Considerando que a comunicação, principalmente nas transferências internas e passagens de plantão, têm sido apontadas como áreas ainda fragilizadas na cultura de segurança e que necessitam de melhorias para garantir a segurança do paciente, estudo destaca e reforça a passagem de plantão como um método eficiente para a troca de informações entre os membros de uma equipe (TEODORO; AQUINO, 2010).

Neste sentido pesquisa brasileira desenvolvida com a equipe de enfermagem de três UTIN identificou que a passagem de plantão ocorre frequentemente à beira do leito, de forma verbal, buscando uma interação entre os envolvidos. As informações repassadas envolvem o estado geral do paciente, evolução clínica e procedimentos realizados. Dentre as situações que interferem a passagem de plantão, destacaram-se as saídas antecipadas e/ou chegadas tardias, a realização de cuidados e as conversas paralelas. O estudo ainda sugere que a criação de uma cultura de segurança é indispensável, e que mudanças envolvendo os profissionais e

as instituições são necessárias, afim de reduzir os erros e os eventos adversos decorrentes de falhas no sistema (GONÇALVES, 2012).

Outro item que envolve o processo de comunicação e a cultura de segurança, são as transferências de paciente entre as unidades hospitalares. Estudo desenvolvido em um Hospital de Londres destacou que a segurança do paciente pode ser comprometida em uma transferência do paciente entre as unidades de uma instituição, podendo resultar em eventos adversos. Afinal esta rotina frequentemente realizada nos serviços de saúde, depende da interação entre os membros de equipes distintas e exige comunicação adequada (SYMONS *et al*, 2012).

Este comportamento para ser executado efetivamente requer que a dimensão trabalho em equipe seja identificado como uma área de força para a segurança do paciente, conforme estudo transversal, utilizando o questionário HSOPSC, realizado com 1.113 profissionais de oitos hospitais públicos da Região da Múrcia, na Espanha, que apresentou em seus resultados a dimensão “trabalho em equipe” como aquela que apresentou o maior percentual de respostas positivas (73,5%) e a dimensão “dimensionamento de pessoal” aquela com maior percentual de resposta negativa (61%). Concluíram a pesquisa declarando que a melhoria na cultura de segurança do paciente deve intervir na aceitação pessoal, aproveitando o bom relacionamento dentro das unidades, utilizando os serviços farmacêuticos, cirúrgicos e da enfermagem como uma referência para outros serviços e profissionais (GAMA; OLIVEIRA; HERNANDES, 2013).

Uma jornada de trabalho adequada, associada a um dimensionamento de pessoal eficiente são fundamentais para garantir a segurança do paciente. Estudo realizado no Japão, Taiwan e EUA sugere que longas horas de trabalho (acima de 12h/ dia e mais de 40h semanais) deteriora a qualidade da segurança do paciente da unidade de trabalho (WU *et al*, 2013). Já estudo brasileiro, desenvolvido em uma emergência pediátrica, demonstrou que a relação adequada de enfermagem paciente nesta unidade foi de 1:2,6 e reforça que o dimensionamento correto possibilita a qualificação da assistência dispensada (ROSSETTI, GAIDZINSKI, BRACCO, 2014).

Estudo transversal utilizando o instrumento HSOPSC realizado em 45 hospitais da Holanda (3.779 profissionais participantes), 622 hospitais dos EUA (196.462 profissionais participantes) e 74 hospitais de Taiwan (10.146 profissionais participantes) teve como objetivo analisar as semelhanças e diferenças relacionadas à cultura de segurança do paciente nestes três países. Nos resultados, os três países apontaram altos índices de respostas positivas no item que avalia o trabalho em equipe dentro das

unidades. As diferenças entre os países existem nas seguintes dimensões: resposta não punitiva ao erro, *feedback* e comunicação sobre o erro, abertura de comunicação, apoio à gestão para a segurança do paciente e melhoria contínua na aprendizagem organizacional. No entanto, observou-se diferenças ainda maiores entre os hospitais de um mesmo país. O estudo sugere que os três países podem melhorar a sua cultura de segurança, identificando e compartilhando melhores práticas e trocando estes conhecimentos (WAGNER *et al.*, 2013).

No contexto pediátrico, realizou-se estudo em um Hospital Pediátrico Geral Norte Americano com o objetivo de compreender a percepção dos pais a respeito da cultura de segurança da instituição, utilizando uma versão adaptada do HSOPSC. Assim, o instrumento foi aplicado com quatorze itens, que correspondem a 4 domínios do instrumento: percepção da segurança, abertura de comunicação entre pais e funcionários, passagem de plantão e a necessidade dos pais supervisionarem os cuidados de seus filhos. Os resultados apontaram que os pais viam a cultura de segurança da instituição de forma positiva, apresentando uma nota média de 4,15 (Desvio Padrão (DP) 0,71) em uma escala de 0-5 pontos, sendo o domínio visto mais positivamente a abertura de comunicação entre pais e funcionários com a nota média de 4,51 (DP 0,58); e, 39% dos pais concordaram ou concordaram fortemente que eles precisavam vigiar os cuidados de seus filhos para evitar erros. Avaliar a cultura de segurança do paciente em um hospital pediátrico permitiu identificar oportunidades específicas de melhoria na cultura de segurança da instituição, prevenindo e evitando a ocorrência de erros (COX *et al.*, 2013).

Estudo recentemente desenvolvido no Brasil, preocupou-se em identificar a cultura de segurança do paciente na área neonatal utilizando o HSOPSC, sendo realizado em três UTIN, participando do estudo 141 sujeitos. Os resultados apontaram que não existe área de força (escore de resposta positiva acima de 75%), sendo levantados no estudo as dimensões que mais receberam respostas positivas, quais foram: expectativas e ações do supervisor/ chefia para a promoção da segurança do paciente (61%) e aprendizado organizacional- melhoria contínua (59%). Como área crítica, definiu-se aquelas que receberam mais de 50% de respostas negativas, que foram: resposta não punitiva ao erro (58%) e apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (51%). Cabe destacar que os médicos (46%) e técnicos em enfermagem (42%) avaliaram mais positivamente a cultura de segurança do paciente, quando comparado aos enfermeiros (38%) e auxiliares em enfermagem (38%). O estudo permitiu identificar que a cultura de segurança do paciente nas

UTIN necessita de mudanças culturais, para transformar áreas potenciais em áreas de forças, principalmente no que se trata das questões que envolvem a abordagem aos erros (TOMAZONI *et al*, 2015).

Punir o profissional que comunicou um erro ainda é uma prática presente nas instituições de saúde e pode culminar em subnotificações de eventos. Superar a cultura punitiva e incentivar a comunicação dos eventos adversos são práticas que precisam ser promovidas pelas instituições. Afinal, estes registros são fonte de dados para a análise da ocorrência do evento e possibilitam a execução de modificações que garantirão a segurança do paciente (LEITÃO *et al*, 2013).

Reforça-se que no contexto das emergências pediátricas, não se localizou nenhum estudo utilizando o HSOPSC para dimensionar a cultura de segurança do paciente nestas unidades.

### 3.3 EMERGÊNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO

Segundo o MS, as unidades de emergências hospitalares constituem-se em “serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental” (BRASIL, 2013).

Caracterizam-se por disponibilizar trabalho de uma equipe multiprofissional, que atende demandas de ordens agudas ou crônicas. Os profissionais que atuam nestas unidades necessitam de sincronização em suas ações e interação profissional, para atender as situações que envolvem riscos iminentes de morte (MARTINS *et al*, 2013).

Os atendimentos realizados nas emergências pediátricas envolvem com maior frequência problemas relacionados a doenças respiratórias, intoxicações ou acidentes de diversas origens, que podem levar a complicações cardiorrespiratórias (MARTINS *et al*, 2013).

Por essas características, o trabalho desenvolvido nessas unidades exige dos profissionais aperfeiçoamento técnico, científico e humano. A preocupação na assistência deve incluir os familiares, que muitas vezes sofrem o impacto de uma situação inesperada que coloca em risco a vida de um ente querido (MARTINS *et al*, 2013; AZEVEDO *et al*, 2010).

Apesar de sua significância no contexto da assistência à saúde, frequentemente observa-se que estas unidades estão à mercê da constante violência urbana e da insuficiente estruturação dos serviços de saúde primário, fatores que contribuem para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência, prejudicando a assistência prestada nestas unidades (AZEVEDO *et al*, 2010).

Estas especificidades que envolvem o atendimento pediátrico, aliados ao contexto das emergências, contribuem para a lacuna de informações e a identificação da magnitude dos erros associados a estes serviços (PATTERSON *et al*, 2013).

Neste sentido, destaca-se que a implantação das diretrizes para a segurança do paciente nos serviços de emergência é um desafio constante. Alguns avanços envolvendo a assistência pediátrica já foram comemoradas tanto pelos usuários quanto pelos profissionais da saúde, como a presença da família que passou a ser incluída no tratamento da criança; o crescimento e o desenvolvimento infantil que foram problematizados; as questões envolvendo o acolhimento das crianças neste serviço, o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e os pacientes, que potencializou a autonomia do sujeito, melhorando a resolutividade do atendimento, o trabalho em equipe e a política de humanização, os quais contribuíram com o princípio da integralidade destes usuários no sistema de saúde. No entanto, estes avanços estão aquém daqueles que precisam ser implantado nas emergências pediátricas, no sentido de alcançar a execução de uma assistência cada vez mais segura a todos os usuários deste serviço (WEGNER; PEDRO, 2012).

Neste contexto a *American Academy of Pediatrics* (Academia Americana de Pediatria-AAP), preocupada com a segurança do paciente pediátrico e reconhecendo a necessidade de compreender e conduzir as questões de segurança destes pacientes, vêm desde o ano 2001, apresentando declarações que conduzem as questões de segurança do paciente na pediatria (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2011).

No ano de 2001, lançou a declaração “*Principles of Patient Safety in Pediatrics*” (Princípios de Segurança do Paciente em Pediatria), que estabeleceu um conjunto de princípios que orienta os profissionais a construir um sistema de saúde que maximize a qualidade do atendimento e minimize os erros. Fornece orientações para estabelecer processos de comunicação e aprendizagem com os erros, o desenvolvimento de padrões e expectativas de desempenho para a segurança e promoção do conhecimento (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001).

No ano de 2003, essa mesma associação, publicou a declaração “*Prevention of Medication Errors in the Pediatric Inpatient Setting*” (Prevenção de Erros de Medicação no Serviço de Internação Pediátrica). Esta publicação estabeleceu ações e/ou orientações para o desenvolvimento de políticas, ações educativas e processos de comunicação que pudessem ajudar a reduzir os índices de erros de

medicação em pediatria (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2003).

Já no ano de 2007, a AAP lançou a declaração “*Patient Safety in the Pediatric Emergency Care Setting*” (Segurança do Paciente nos Serviços de Emergência Pediátrica), que estabeleceu recomendações específicas para melhorar a segurança do paciente pediátrico nas unidades de emergência, visto que os profissionais poderiam trabalhar de forma proativa aprimorando a segurança no sistema de atendimento (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2007).

Recentemente, em 2011, a AAP lançou a declaração “*Principles of Pediatric Patient Safety: reducing harm due to medical care*” (Princípios de Segurança do Paciente Pediátrico: redução de danos relacionados a cuidados médicos), que esclarece o atual entendimento a respeito dos erros médicos em pediatria e almeja a melhora da qualidade do atendimento. Está estruturada em três questões-chave: a importância da segurança do paciente pediátrico; a cientificidade da cultura de segurança; e, as estratégias para a segurança do paciente (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2011).

Estes esforços na área da segurança do paciente pediátrico tentam modificar o atual cenário dos cuidados oferecidos às crianças nos serviços de emergência, que são propensos a erros por uma série de fatores ambientais e humanos. Nestas unidades, o ambiente de trabalho é agitado e muitas vezes caótico, com interrupções frequentes do fluxo de trabalho. Existe uma grande variação no volume de pacientes, incluindo uma série de crianças em que seus quadros clínicos não se caracterizam como de emergência (KRUG; FRUSH, 2007).

Outras situações que tornam estes ambientes mais próximos aos erros, especialmente os relacionados à comunicação, são a presença de ordens verbais frequentes durante os atendimentos de emergências, que dificultam a possibilidade da dupla checagem e a tomada de decisões por múltiplos profissionais (KRUG; FRUSH, 2007).

Estudo britânico realizou uma análise das ações judiciais protocoladas contra o *National Health Service* (Serviço Nacional de Saúde - NHS) envolvendo crianças, entre os anos de 2005-2010 e que tiveram desfechos bem sucedidos, ou seja, casos encerrados que receberam indenização do NHS. Foram analisados 195 casos, sendo as demandas judiciais mais comuns aquelas relacionadas aos erros de medicação ou vacinação e diagnósticos médico tardio ou equivocado. Na análise destes processos, verificou-se uma série de consequências decorrentes destes erros (N=164), sendo os danos mais comuns o óbito (n=74), dor desnecessária (n= 35), cirurgia desnecessária (n=16), lesão

cerebral (n=12), cicatrizes (n= 12), morbidade psiquiátrica/psicológica nos pais e/ou na criança (n=10) e amputação (n=5). Os custos decorrentes destas ações variaram de £ 600 a £ 3.044.943 (média de £ 127.975). A partir destes dados, os autores concluíram a necessidade de uma melhor compreensão dos erros comuns em pediatria, e que treinamentos necessitam ser realizados com intuito de reduzir o quantitativo de eventos adversos (RAINE, 2011).

As causas que podem levar aos erros cometidos nas unidades de emergência pediátrica podem ser atribuídas a identificação inadequada do paciente, a falta de experiência dos profissionais, desafios na execução de procedimentos técnicos, cálculos de doses de medicação, problemas de comunicação entre a equipe do pré-hospitalar e profissionais da unidade, nas passagens/trocas de plantão, entre os profissionais e alunos e entre os profissionais e familiares. Outras fontes de erros nestas emergências incluem erros de diagnóstico, de medicação e déficits ambientais, tais como mau funcionamento de um equipamento (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2011).

Os erros de medicações no contexto das emergências pediátricas são extremamente significantes. Neste sentido, estudo desenvolvido em 18 Unidades de Emergência Pediátrica americanas teve como objetivo descrever os eventos adversos com medicação que ocorreram naqueles locais entre julho de 2007 e julho 2008. Os resultados apontaram que 19% das notificações (n= 597) envolveram eventos com medicações. Destes eventos, 20% envolviam doses incorretas de medicamentos relacionados com peso errado, 21% doses duplicadas, e 22% erros de cálculo. Fatores humanos contribuíram para 85% dos eventos notificados, como: falha em seguir os procedimentos prescritos (41%); cálculo (13%) ou interpretação (12%); e, erros e falhas de comunicação (20%). Nenhuma morte ou invalidez permanente aconteceu em decorrência dos eventos relatados (SHAW *et al.*, 2013).

Dados apontam que 80% dos medicamentos comercializados para adultos não são indicados para uso pediátrico, porém continuam sendo utilizadas em decorrência da escassez de pesquisa nesta área. Consequentemente, sua utilização envolve uma série de riscos, pois são excessivamente manipuladas em busca da dosagem indicada, podendo haver riscos quanto a contaminação, redução da estabilidade e intoxicação pela administração de altas concentrações (FONSECA, PETERLINE E COSTA, 2014).

Estudo realizado em oito Hospitais Pediátricos de Ensino e quatorze Hospitais Comunitários no Canadá, revisou o prontuário de crianças de 0-18 anos internadas no período de abril de 2008 a março de

2009, descrevendo os eventos adversos relacionados ao período de permanência nas instituições. Um total de 3.699 crianças foram admitidas nas instituições durante o período do estudo. A média ponderada de eventos adversos manteve-se em 9,2%, sendo mais frequente nas instituições de ensino do que nos hospitais comunitários. Os eventos adversos menos propensos de serem evitados ocorreram com mais frequência no hospital de ensino. Os pesquisadores reforçam a ideia de que muitos eventos adversos que afetaram aqueles pacientes poderiam ter sido evitados (MATLOW *et al*, 2012).

Com o objetivo de identificar possíveis intervenções para reduzir as taxas de erros de medicação em emergências pediátricas, uma revisão sistemática de literatura, que avaliou 32 artigos originais publicados na base de dados *PubMed- US National Library of Medicine National Institutes of Health*, sendo deste quantitativo 22 ensaios clínicos, apresentou em seus resultados as seguintes intervenções: treinamento contínuo sobre prevenção de erros de medicação e terapia medicamentosa em pediatria; inspeção regular das prescrições; métodos fidedignos para verificação do peso da criança; cálculo das doses realizadas por meio de auxílios eletrônicos (ex. calculadoras); acesso facilitado a terapia pediátrica do medicamento para cada faixa etária e apresentação física ou digital da prescrição. Suas conclusões reforçam que as crianças em situação de emergência médica, estão em risco significativo para erros de medicação, e que a execução das intervenções recomendadas pelo estudo pode reduzir significativamente as taxas destes erros (KAUFMANN; LASCHAT; WAPPLER, 2012).

Considerando as unidades de emergências pediátricas como contextos que favorecem potencialmente a ocorrência de eventos adversos relacionados à assistência em saúde, durante três anos desenvolveu-se estudo em uma unidade de emergência pediátrica na cidade de *Cincinnati* (EUA), com o objetivo de melhorar a questão da segurança do paciente, por meio de simulações de situações clínicas críticas, com foco no trabalho em equipe multidisciplinar e comunicação. Participaram 289 funcionários do treinamento inicial e 151 funcionários da fase de reavaliação. Os resultados apontaram mudanças significativas no comportamento de segurança dos funcionários na fase de pré e pós intervenção. Com base em uma revisão dos eventos de segurança do paciente da instituição dos cinco anos que antecederam o projeto, o número de eventos adversos notificados na fase pré intervenção era de 2,5 eventos por ano, passando na fase pós intervenção para um evento notificado a cada 3,5 anos. A partir dos resultados, os autores concluíram que o uso das simulações *in loco* é uma ferramenta importante na

modificação de comportamentos e melhora nas atitudes de segurança do paciente, e que mudanças que envolvam as questões de comportamento e cultura requerem repetidos treinamentos (PATTERSON *et al.*, 2013).

Como já referenciado, as crianças/adolescentes estão mais vulneráveis a erros relacionados à assistência, devido a fatores intrínsecos, destacando-se as características anatômicas e fisiológicas de cada fase de seu desenvolvimento, que possui inúmeras peculiaridades; e extrínsecos, relacionados a ausência de políticas de saúde e da indústria farmacêutica preocupadas com as especificidades destes pacientes (BELELA; PEDREIRA; PETERLINE, 2011).

Assim, o atendimento pediátrico oferece aos profissionais desafios únicos que contribuem para a ocorrência de erros no processo de assistência à saúde. Em decorrência destes fatores, estimativas apontam que a probabilidade da ocorrência de dano ao paciente, seja três vezes maior em crianças hospitalizadas quando comparadas a adultos (BELELA; PEDREIRA; PETERLINE, 2011; PATTERSON *et al.*, 2013).

A avaliação da cultura de segurança das unidades e instituições de saúde tem sido apresentada como um componente fundamental na formulação de estratégias para prevenir eventos adversos e promover a segurança do paciente (BURSTRÖM *et al.*, 2014).

Corroborando com a ideia, estudo qualitativo, realizado em uma Unidade de Internação Pediátrica da Cidade de Porto Alegre, apontou como principal estratégia de prevenção de eventos adversos durante a hospitalização infantil a mudança na cultura das instituições de saúde para uma cultura de segurança do paciente, onde os eventos adversos sejam abordados dentro de uma visão sistêmica e que a prioridade passe a ser uma assistência segura (WEGNER; PEDRO, 2012).

Neste sentido, reforça-se a necessidade de os profissionais envolvidos na assistência à criança/adolescente refletirem sobre suas práticas e promoverem discussões com intuito de reorganizar seu processo de trabalho, tanto no âmbito individual quanto coletivo, gerando modificações no sistema de saúde e promovendo a segurança do paciente (WEGNER, PEDRO, 2012).

Apesar de todas as especificidades do atendimento emergencial pediátrico e as particularidades que envolvem o processo da assistência, a produção científica neste contexto ainda é incipiente. Por esses motivos trabalhar a cultura de segurança do paciente nestas unidades é necessidade primordial para reverter a afirmação de que o atendimento pediátrico é extremamente suscetível a erros e eventos adversos.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza quantitativa do tipo *survey* transversal.

As pesquisas descritivas preocupam-se em observar, descrever e documentar aspectos de uma situação a ser investigada. Já a pesquisa quantitativa, preocupa-se com a coleta sistemática, objetiva e rigorosa de informações numéricas, sob determinadas condições de controle, e procede a análise dos dados obtidos através de procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

### 4.2 LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida em três Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis- SC: Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago e Hospital Infantil Joana de Gusmão que atendem exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS).

As emergências pediátricas foram denominadas como EMGP A, EMGP B e EMGP C, sendo que cada qual está inserida respectivamente nos Hospitais denominados de: Hospital A, Hospital B e Hospital C.

Segundo os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), as emergências pediátricas participantes do estudo possuem a seguinte classificação e estrutura física (BRASIL, 2015):

- EMGP A está classificada como pronto socorro pediátrico. Sua estrutura física é composta por 07 leitos de observação, 01 leito de isolamento, 01 sala de atendimento crítico, 01 sala de atendimento pediátrico e 04 consultórios médicos;

- EMGP B não possui nenhuma informação deste serviço no cadastro. No entanto sua estrutura física é composta por 02 leitos de observação, 01 sala de atendimento crítico, 01 sala de atendimento pediátrico e 03 consultórios médicos<sup>1</sup>;

- EMGP C está classificada como estabilização de paciente crítico/grave, pronto socorro pediátrico, traumatismo-ortopédico, cardiovascular, neurológico e neurocirúrgico. Possui em sua estrutura física: 12 leitos de observação, 02 leitos de isolamento, 01 sala de atendimento a paciente crítico, 01 sala de atendimento pediátrico, 01 sala

---

<sup>1</sup> Observação da pesquisadora durante a coleta dos dados.

de curativo, 01 sala de pequena cirurgia, 01 sala de gesso e 06 consultórios médicos.

Se tratando dos Núcleos Internos de Segurança do Paciente (NISP), no Hospital A o mesmo é conhecido como NUSEP (Núcleo de Segurança do Paciente) e começou a ser estruturado em 2014. E, o sistema de notificação de eventos adversos é voluntário, podendo ser realizado por meio de formulário específico disponível no sistema de computadores da instituição<sup>2</sup>.

No Hospital B o Comitê de Segurança do Paciente (COSEP), assim denominado nesta Instituição, existe desde 2010. Atualmente, a notificação de eventos adversos, é realizada por meio do depósito de formulários em urnas que estão dispostas nos setores ou através do site da Instituição<sup>2</sup>.

No Hospital C, o NUSEP foi implantado em 2013 e a notificação é realizada por meio de formulário específico que não requer identificação do profissional, disponível em impressos nas Unidades de Internação e/ou no próprio NUSEP<sup>2</sup>.

Em relação ao quantitativo de profissionais e atendimentos, referentes ao ano de 2014<sup>3</sup>:

- EMGP A: a equipe de enfermagem é composta por 06 enfermeiros, 17 técnicos em enfermagem e 8 auxiliares em enfermagem. O total de atendimentos realizado por esta emergência no ano de referência foi 49.352;

- EMGP B: a equipe de enfermagem é composta por 06 enfermeiros, 08 técnicos em enfermagem e 06 auxiliares em enfermagem, realizando 22.904 atendimentos no ano de 2014.

- EMGP C: a equipe de enfermagem é composta por 07 enfermeiros, 19 técnicos em enfermagem e 14 auxiliares em enfermagem, sendo que no ano de 2014 realizou 82.538 atendimentos.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta pela equipe de enfermagem das três emergências pediátricas dos três hospitais públicos da Grande Florianópolis, totalizando 91 profissionais.

A amostra foi intencional e não probabilística. Porém, cabe destacar que o cálculo amostral, para um nível de significância de 95%,

---

<sup>2</sup> Dados fornecidos pelos NISPs das instituições/ Julho 2015.

<sup>3</sup> Informações repassadas pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) das instituições e coordenação dos serviços de enfermagem.

foi de 74 sujeitos. Para participar do estudo, os sujeitos deveriam cumprir os critérios de inclusão e exclusão do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 1). Seguem os critérios de inclusão e exclusão utilizados:

- 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).

- Critérios de Exclusão: profissionais da enfermagem em férias, licença saúde, licença gestação, licença prêmio durante o período da coleta de dados; profissionais da enfermagem com menos de dois meses de trabalho na unidade ou que não estejam lotados na referida unidade; instrumentos preenchidos em menos da metade.

Foram eliminados do estudo 14 profissionais por cumprirem os critérios de exclusão: 09 licenças para tratamento de saúde (03 EMGP A; 03 EMGP B; 03 EMGP C), 01 licença gestação (01 EMGP B), 04 férias (04 EMGP C). O número de profissionais aptos a participar do estudo foram 77, porém 02 profissionais da EMGP C não aceitaram participar do estudo, totalizando 75 profissionais da equipe de enfermagem das 03 instituições (27 EMGP A; 16 EMGP B e 31 EMGP C).

#### 4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados aconteceu entre setembro e novembro de 2014. Para proceder seu início foram agendadas reuniões com as chefias de enfermagem das unidades envolvidas no estudo, com o objetivo de apresentar o projeto, esclarecer possíveis dúvidas e obter informações referentes aos profissionais de enfermagem que atuam nas unidades, turnos de trabalho e cargos que ocupam.

Posteriormente, iniciou-se a coleta de dados propriamente dita. A apresentação do projeto foi realizada individualmente de acordo com a disponibilidade do participante e da unidade de trabalho. Nas situações em que se pode reunir mais de um participante, o projeto era apresentado coletivamente. Estas apresentações eram realizadas com o objetivo de divulgar a temática do estudo, seu objetivo e metodologia a ser utilizada.

Aos membros da equipe de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa, foi entregue o TCLE (Apêndice 1). Após os participantes assinarem e devolverem o TCLE, a pesquisadora repassou as instruções

do autopreenchimento do instrumento de coleta de dados, que foi entregue na sequência dentro de um envelope opaco.

O preenchimento do instrumento foi realizado pelo próprio participante do estudo, não constando no instrumento nenhum campo que permitisse a identificação dos sujeitos, garantindo seu sigilo e anonimato.

Finalizando o preenchimento do instrumento, o mesmo foi novamente colocado no envelope e depositado em uma urna disponibilizada na unidade, pelo próprio sujeito. A pesquisadora acompanhou o preenchimento dos instrumentos para esclarecimentos de dúvidas que pudessem surgir no decorrer daquela etapa. A coleta do material depositado na urna foi realizada diariamente pela pesquisadora.

Para a coleta de dados utilizou-se o instrumento HSOPSC validado por Reis (2013) para o contexto hospitalar brasileiro (Anexo 01). Para a sua utilização foi encaminhado uma solicitação da aplicação deste a sua agência desenvolvedora (AHRQ) (Apêndice 02). Trata-se de um instrumento norte-americano, composto por questões acerca das dimensões da cultura de segurança do paciente, segurança do paciente, erros e relatos de eventos.

O instrumento HSOPSC possui nove seções (A, B, C, D, E, F, G, H, I), com um total de quarenta e duas questões, distribuídas em doze áreas ou dimensões da cultura de segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

A distribuição das dimensões se dá da seguinte forma: sete dimensões são referentes a unidade em que o instrumento será aplicado; três são referentes à instituição hospitalar e quatro são variáveis de resultado: trabalho em equipe na unidade; expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da 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 entre as unidades do hospital; transferências internas e passagens de plantão; percepção geral da segurança do paciente; frequência de eventos comunicados; número de eventos comunicados e nota para a segurança do paciente (SORRA; NIEVA, 2004).

Para obter-se o julgamento dos sujeitos participantes do estudo referente a cada dimensão da cultura de segurança do paciente listada acima, o instrumento dispõe da escala *Likert* de 5 pontos para cada pergunta. Assim, nas seções A, B e F o respondente deverá marcar sua opinião para cada afirmativa, conforme escala *Likert* onde 1- Discordo totalmente, 2- Discordo, 3- Não concordo nem discordo, 4- Concordo e 5 Concordo totalmente. Nas seções C e D o participante indicará em cada

afirmativa quantas vezes o fato ocorreu na sua unidade, sendo 1- Nunca, 2- Raramente, 3- Às vezes, 4- Quase sempre e 5- Sempre. Na seção E, o participante seleciona uma nota para a segurança do paciente na sua unidade, onde A- Excelente, B- Muito Bom, C- Regular, D-Ruim e E-Muito ruim. Na seção G, questiona-se a quantidade aproximada de eventos comunicados à chefia nos últimos 12 meses, neste item o instrumento possui uma escala gradual que varia de nenhum a 21 eventos ou mais comunicados (SORRA; NIEVA, 2004).

No entanto, com o intuito de garantir respostas mais consistentes, a AHRQ desenvolveu no instrumento questões reversas, identificadas pela letra “R”. Estas perguntas são formuladas negativamente e exigem um escore reverso no cálculo das respostas. Nestes casos, quando o participante discordar do item formulado negativamente estará opinando de forma positiva. As 18 questões reversas que compõem o instrumento são: A5<sup>R</sup>, A7<sup>R</sup>, A8<sup>R</sup>, A10<sup>R</sup>, A12<sup>R</sup>, A14<sup>R</sup>, A16<sup>R</sup>, A17<sup>R</sup>, B3<sup>R</sup>, B4<sup>R</sup>, C6<sup>R</sup>, F2<sup>R</sup>, F3<sup>R</sup>, F5<sup>R</sup>, F6<sup>R</sup>, F7<sup>R</sup>, F9<sup>R</sup>, F11<sup>R</sup> (SORRA; NIEVA, 2004).

Já na seção H, o instrumento aborda as características profissionais dos sujeitos, que foi respondido de acordo com as categorias disponibilizadas: tempo de trabalho no hospital; tempo de trabalho na unidade; carga horária semanal de trabalho; cargo; interação direta com pacientes; e tempo de trabalho na atual profissão. E finalizando, na seção I, o participante pode registrar algum comentário sobre a segurança do paciente, erros ou comunicação de eventos que ocorreram na sua instituição hospitalar (SORRA; NIEVA, 2004).

Destaca-se que foi utilizado o instrumento HSOPSC, como já referenciado, validado por Reis (2013) para o contexto hospitalar brasileiro (Anexo 01). Para proceder a utilização do instrumento HSOPSC validado por Reis alguns ajustes no instrumento foram necessários afim de facilitar sua utilização. Ressalta-se que estas pequenas modificações não alteraram o conteúdo do instrumento original e não impactaram no cálculo dos escores (Anexo 02).

Na sequência segue as alterações realizadas: como os sujeitos desta pesquisa resumia-se a equipe de enfermagem, optou-se por excluir os demais profissionais elencados no instrumento original, na seção H, item 4, mantendo somente os cargos de enfermeiro, técnico e auxiliar em enfermagem; inserido na seção A, item 7 uma nota de rodapé, explicando que os profissionais terceirizados que o instrumento faz referência, são profissionais que possuem interação direta com o paciente; substituído nos itens 9 e 10, da seção A, o termo “por aqui” pelo termo “neste setor”; acrescentado na seção C, item 1, e na seção G a palavra “adverso”,

completando o sentido da frase. Todos os ajustes foram realizados com a intenção de facilitar a compreensão das afirmativas pelos participantes.

#### 4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo serão classificadas em variáveis de características profissionais dos sujeitos, variáveis da cultura de segurança e variáveis de resultado conforme orientações do instrumento original.

##### 4.5.1 Variáveis de Características Profissionais dos Sujeitos

- Tempo de trabalho no hospital (H1): tempo em anos completos que o profissional trabalha na instituição;
- Tempo de trabalho na unidade (H2): tempo em anos que o profissional trabalha na unidade;
- Tempo de trabalho na profissão (H6): tempo em anos que o profissional exerce a profissão;
- Horas de trabalho semanal (H3): número de horas de trabalho semanais exercidas pelo profissional no hospital;
- Cargo no hospital (H4): enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar em enfermagem.

##### 4.5.2 Variáveis da Cultura de Segurança

- Trabalho em equipe na unidade (Item A1, A3, A4, A11): apoio, respeito entre os funcionários e trabalho em equipe (SORRA, NIEVA, 2004);
- Expectativas e ações do supervisor/chefia para promoção da segurança do paciente (Item B1, B2, B3, B4): supervisores/chefia apreciam as sugestões da equipe a fim de melhorar a segurança do paciente; reconhecem e enaltecem os procedimentos de segurança realizados e não ignoram os problemas de segurança do paciente (SORRA, NIEVA, 2004);
- Aprendizagem organizacional/ melhoria contínua (Item A6, A9, A13): existe uma cultura de aprendizagem, na qual os erros são avaliados e revertidos em mudanças positivas que levam a melhorias (SORRA, NIEVA, 2004);
- *Feedback* e comunicação sobre erros (Item C1, C3, C5): os colaboradores tomam ciência dos erros ocorridos, mudanças

implementadas e discutem maneiras de evitar que os mesmos erros voltem a acontecer (SORRA, NIEVA, 2004);

- Abertura para comunicação (Item C2, C4, C6): os profissionais se sentem livres para relatar sobre situações que podem afetar o paciente (SORRA, NIEVA, 2004);

- Quadro de funcionários (Item A2, A5, A7, A14): o quantitativo de pessoal/funcionários é suficiente para lidar com a carga de trabalho, possibilitando proporcionar o melhor atendimento aos pacientes (SORRA, NIEVA, 2004);

- Resposta não punitiva ao erro (Item A8, A12, A16): Os profissionais observam que os erros ocorridos e comunicados não são utilizados contra eles, nem mantidos em seu arquivo profissional (SORRA, NIEVA, 2004);

- Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente (Item F1, F8, F9): a instituição hospitalar proporciona um clima de trabalho adequado para a promoção da segurança do paciente e nota-se que a segurança do paciente é uma prioridade (SORRA, NIEVA, 2004);

- Trabalho em equipe (Item F2, F4, F6, F10): as unidades hospitalares fundamentam-se na cooperação e coordenação entre si, a fim de propiciar o melhor atendimento possível aos pacientes (SORRA, NIEVA, 2004);

- Transferências internas e passagens de plantão (Item F3, F5, F7, F11): são repassadas informações importantes sobre o atendimento ao paciente quando ele é transferido entre as unidades hospitalares ou durante os plantões (SORRA, NIEVA, 2004).

#### 4.5.3 Variáveis de Resultado

- Percepção geral da segurança do paciente (Item A10, A15, A17, A18): os procedimentos e sistemas são adequados para evitar erros, enganos ou falhas e não existe problemas de segurança do paciente (SORRA, NIEVA, 2004);

- Frequência de eventos comunicados (Item D1, D2, D3): são comunicados erros detectados e corrigidos antes de prejudicar o paciente, erros sem potencial de prejudicá-lo e erros que podem prejudicar o paciente (SORRA, NIEVA, 2004);

- Número de eventos comunicados (Item G): número de eventos que o profissional comunicou ao seu supervisor/ chefia (SORRA, NIEVA, 2004);

- Nota de segurança do paciente (E): Nota atribuída à segurança do paciente na unidade, de acordo com a sua percepção (SORRA, NIEVA, 2004).

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após devolução dos instrumentos pelos participantes, os dados obtidos foram tabulados em planilhas do *Microsoft Excel*® 2013, e analisados por meio do programa R 3.1.1 com base no pacote *Stats* (R CORE TEAM, 2015).

Durante o processamento e análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, contendo frequência absoluta, valores percentuais e teste Qui-Quadrado, adotando o nível de significância de  $p \leq 0,05$  para um intervalo de confiança de 95% entre os dados encontrados.

Conforme instrumento original proposto pela ARQH, foram consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” na unidade aquelas cujos itens escritos positivamente obtiveram 75% de respostas positivas (“concordo totalmente” ou “concordo”), ou aquelas cujos itens escritos negativamente, obtiveram 75% das respostas negativas (“discordo totalmente” ou “discordo”) (SORRA, NIEVA, 2004).

De modo semelhante, “área frágeis da segurança do paciente” e que necessitam melhoria foram consideradas aquelas cujos itens obtiveram 50% ou mais de respostas negativas nos itens formulados positivamente ou 50% ou mais de respostas positivas nos itens negativos. As respostas neutras referem-se às respostas em que foram assinaladas na opção 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes) para qualquer pergunta (SORRA, NIEVA, 2004).

O percentual de respostas positivas representa uma reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e permite identificar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente de uma determinada unidade e/ou instituição, neste caso das Emergências Pediátricas da Grande Florianópolis (SORRA, NIEVA, 2004).

#### 4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo segue os princípios éticos estabelecido na Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde - MS, utilizando o TCLE. Os sujeitos que cumpriram os critérios de inclusão neste estudo tiveram total liberdade de adesão, assegurando o direito do profissional pesquisado, suspender sua participação no estudo a qualquer momento (BRASIL, 2012).

Somente as pesquisadoras tiveram acesso aos dados coletados, sendo que o material impresso e digital relacionado a pesquisa estarão armazenados em local seguro por cinco anos e após serão incinerados e excluídos dos dispositivos digitais.

O TCLE foi fornecido para assinatura em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e a outra com o participante (Apêndice 01). Os participantes foram previamente esclarecidos quanto à metodologia, os objetivos e as finalidades do estudo em questão.

O estudo poderia trazer aos sujeitos participantes riscos de ordem psicológica, devido às recordações de lembranças de situações difíceis e dolorosas. No intuito de minimizar esses possíveis danos, a pesquisadora se propôs a fornecer atenção psicológica aos participantes, bem como oferecer atualizações para os profissionais sobre a temática caso fosse necessário.

O estudo não acarretou nenhum tipo de custo aos participantes que tiveram como benefício a identificação da cultura de segurança do paciente das Unidades de Emergência Pediátrica das instituições acima citadas, possibilitando que intervenções sejam realizadas afim de aprimorá-la, permitindo a execução de uma assistência mais segura.

A pesquisa foi submetida e aprovada na Plataforma Brasil sob o protocolo 35231514.1.0000.5361 (ANEXO 2).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa são apresentados na forma de dois manuscritos, conforme determina a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011, que dispõe sobre os critérios de elaboração e formatação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem deste programa.

Os manuscritos foram elaborados com os resultados obtidos nesta pesquisa, cujo objetivo foi identificar a cultura de segurança do paciente em emergências pediátricas na perspectiva da equipe de enfermagem de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, por meio do instrumento HSOPSC.

O primeiro manuscrito foi intitulado “Cultura de Segurança do Paciente na Perspectiva da Equipe de Enfermagem de Emergências Pediátricas”.

O segundo manuscrito foi intitulado “Cultura de Segurança do Paciente em Emergências Pediátricas”.

## 5.1 MANUSCRITO 01- CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

### CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

**Taise Rocha Macedo<sup>1</sup>**  
**Patrícia Kuerten Rocha<sup>2</sup>**

**RESUMO:** O objetivo do estudo é identificar a cultura de segurança do paciente em emergências pediátricas, na perspectiva da equipe de enfermagem utilizando o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo *survey* transversal. A amostra foi intencional, não probabilística, participando do estudo 75 profissionais da equipe de enfermagem, conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro e novembro de 2014. Os dados foram inicialmente tabulados em planilhas do Excel e submetidos à análise descritiva. O presente estudo foi aprovado na Plataforma Brasil sob o protocolo 35231514.1.0000.5361. Os resultados mostram que não foram encontradas áreas de força para a segurança do paciente, sendo identificadas áreas com potencial de assim tornarem-se: *Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente e Trabalho em equipe*. Como área crítica identificou-se: *Resposta não punitiva ao erro e Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente*. Este estudo apontou o distanciamento entre a cultura de segurança e os serviços de emergência pediátrica, porém conseguiu vislumbrar possibilidades de transformação que contribuirão para segurança do paciente pediátrico. Assim, os profissionais de enfermagem

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa, Ensino e Extensão na Saúde da Criança e do Adolescente. E-mail: taiserm@hotmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Vice-líder do Grupo de Pesquisa, Ensino e Extensão na Saúde da Criança e Adolescente. E-mail: pkrochaucip@gmail.com

precisam se tornar protagonistas no processo de substituição do atual paradigma cultural para uma cultura focada na segurança do paciente. Sugere-se que este estudo seja replicado em outras unidades e instituições a fim de aprimorar o atual cenário de assistência a saúde.

Descritores: Segurança do paciente; Cultura organizacional; Enfermagem Pediátrica.

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a redução de riscos e danos desnecessários ao paciente a um nível mínimo aceitável quando associados aos cuidados em saúde, sendo um componente fundamental para a qualificação destes serviços (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

As preocupações envolvendo essa temática ampliaram-se a partir da publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, no ano de 1999, quando o mesmo 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 central nas agendas de muitos países (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Buscando desenvolver políticas mundiais para melhorar a assistência ofertada nos serviços de saúde, e reverter à drástica situação apresentada neste relatório, no ano de 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o programa *The World Alliance for Patient Safety*, recomendando a seus países membros atenção nos aspectos que envolvem a segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Já no contexto nacional, o Ministério da Saúde, preocupado em contribuir com a qualificação da assistência em saúde em todos os estabelecimentos que o executam, instituiu no dia 1º de Abril de 2013, a Política Nacional de Segurança do Paciente, demonstrando preocupação do Estado em relação à temática (BRASIL, 2013).

No entanto, para que a segurança do paciente realmente aconteça, a cultura de segurança precisa estar estruturada nas instituições, o que corresponde estabelecer um bom processo de comunicação, confiança, aprendizado organizacional, comprometimento coletivo em relação aos aspectos da segurança, liderança, importância da temática e abordagem não punitiva ao erro (TOMAZONI *et al*, 2014).

A cultura de segurança foi definida pelo Grupo Consultivo Internacional de Energia Nuclear (INSAG) em 1986 como “um grupo de

valores, atitudes, percepções e competências grupais e individuais, que determinam um padrão de comportamento e comprometimento com o gerenciamento de segurança da instituição” (RIGOBELLO et al, 2012). Na área da saúde, a cultura de segurança tem sido associada à melhoria nos indicadores de segurança do paciente (NOORD *et al*, 2013).

Na área hospitalar, conhecer a cultura de segurança possibilita identificar dimensões que necessitam de melhoria, possibilitando o planejamento e a implementação de intervenções que promovam a segurança do paciente (MARINHO; RADÚNZ; BARBOSA, 2014).

Destaca-se que no contexto pediátrico, e neste incluímos as Emergências Pediátricas, a situação se torna mais complexa, pois aspectos específicos como a falta de padronização na dosagem das medicações devido à variação de tamanho na faixa etária pediátrica; incapacidade das crianças em fornecerem uma história clínica ou comunicar claramente reclamações; e as características físicas e de desenvolvimento que influenciam nas estratégias de tratamento e de medicações podem aumentar em até três vezes o risco de danos ao paciente pediátrico quando comparados a população adulta na mesma situação (AMAMOTO; PETERLINI; BOHOMOL, 2011; SOUZA *et al.*, 2014).

A identificação e a avaliação da cultura de segurança do paciente são realizadas mediante a aplicação de questionários aos trabalhadores e gestores sobre suas ações e percepções acerca da segurança do paciente, bem como, ela é priorizada e gerenciada (PAESSE; DAL SALSSO, 2013). Neste estudo, para proceder à identificação da cultura de segurança do paciente utilizou-se o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC).

Sua aplicação em unidades de Emergência Pediátrica se faz necessária, uma vez que estes setores estão propensos a erros da equipe de saúde, podendo estar relacionados a estrutura física e organizacional destas unidades, as especificidades relacionadas ao atendimento destes pacientes e a falta de incentivo a estudos relacionados a essa área (SHAW *et al.*, 2009).

No contexto nacional não se localizou investigações realizadas utilizando o instrumento HSOPSC em emergências pediátricas. Esta realidade também foi verificada no contexto internacional, quando se localizou estudos desenvolvidos somente em Unidades de Internação Pediátrica e Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal. Assim, considerando a relevância de conhecermos a cultura de segurança do paciente que constitui essas unidades de assistência à saúde, esta pesquisa tem o seguinte 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).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de cunho quantitativo, do tipo *survey* transversal, realizado em três Unidades de Emergência Pediátrica da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cabe destacar, que estes Hospitais contam com núcleos internos de segurança do paciente e registros de notificação de eventos adversos.

A população foi composta por 91 profissionais da equipe de enfermagem das três Emergências Pediátricas da Grande Florianópolis. 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 a 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 da enfermagem em férias, licença saúde, licença gestação, licença prêmio durante o período da coleta de dados; profissionais da enfermagem com menos de dois meses de trabalho na unidade ou 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, 02 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: EMGP A está classificada como pronto socorro pediátrico; EMGP B não possui nenhuma informação deste serviço no cadastro; EMGP C está classificada como estabilização de paciente crítico/grave, pronto socorro pediátrico, traumatológico, cardiovascular, neurológico e neurocirúrgico (BRASIL, 2015).

Ainda, em se tratando dos Núcleos Internos de Segurança do Paciente (NISP), no Hospital A o mesmo começou a ser estruturado em 2014; no Hospital B o NISP existe desde 2010; e, no Hospital C, o NISP foi implantado em 2013. Cabe destacar, que todas as instituições possuem sistema de notificação de eventos adversos implantados.

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 (REIS, 2013). Sua utilização aconteceu após a autorização dos autores originais e seguiram as recomendações propostas pela *Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ* (SORRA *et al.*, 2014).

O instrumento é composto por quarenta e duas questões que formam doze áreas ou dimensões da cultura de segurança do paciente, sendo subdividida em três variáveis: variável de características profissionais do sujeito; variáveis da cultura de segurança e variáveis de resultado (SORRA *et al.*, 2014).

Para proceder a 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 inseridos 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.

Para a análise dos dados, inicialmente foram tabuladas todas as respostas obtidas em uma planilha do *Microsoft Excel* (2014), ressaltando que nem todos os itens das doze dimensões foram respondidos em todos os instrumentos, havendo diferença no total de resposta de cada dimensão. Na sequência, procedeu-se a análise dos dados através da análise descritiva, seguindo as orientações propostas pela AHRQ (SORRA *et al.*, 2014). As respostas obtidas foram agrupadas em três categorias: respostas positivas: concordo totalmente, concordo, sempre e frequentemente; respostas negativas: discordo totalmente, discordo, nunca e raramente; 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 (SORRA *et al.*, 2014).

Conforme recomendações da ARQH foram consideradas áreas de força as dimensões que 75% dos sujeitos responderam positivamente as perguntas formuladas de forma positiva e negativamente as respostas formuladas de forma negativa. Foram classificadas como críticas as áreas

que receberam 50% ou mais de respostas negativas para perguntas formuladas positivamente ou positivas quando as perguntas foram formuladas negativamente (SORRA *et al.*, 2014).

As questões éticas seguiram as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido e aprovado na Plataforma Brasil sob o protocolo 35231514.1.0000.5361 (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 75 profissionais da equipe de enfermagem de três Unidades de Emergência Pediátrica da Grande Florianópolis. Os resultados apontam que 58 (75%) dos profissionais destas unidades são de nível médio. Os dados também revelam que mais da metade dos participantes possuem mais 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 cinco anos, trabalhando com uma carga horária que varia de 20h a 59h semanais (Tabela 01).

**Tabela 01-** Características profissionais dos sujeitos da pesquisa cultura de segurança do paciente em Unidades de Emergência Pediátrica dos Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

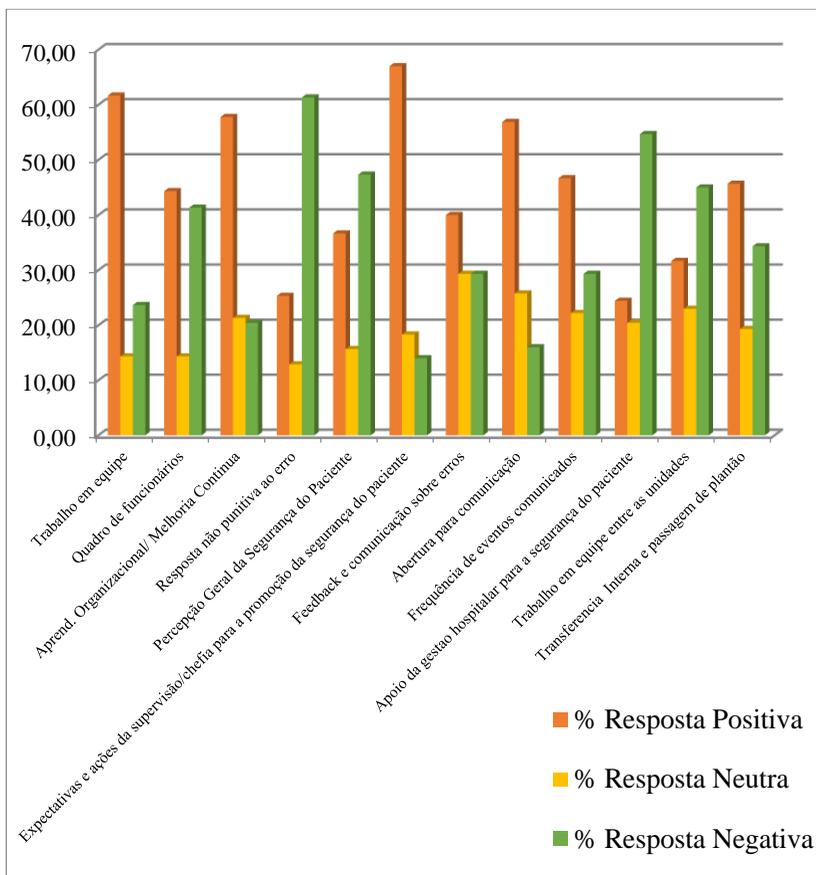
| Características Profissionais dos Sujeitos |                        | n  | %  |
|--|------------------------|----|----|
| Cargo                                      | Enfermeiro             | 17 | 23 |
|  | Técnico em Enfermagem  | 40 | 53 |
|  | Auxiliar em Enfermagem | 18 | 24 |
| Tempo de Trabalho na profissão             | 1 a 5 anos             | 14 | 19 |
|  | 6 a 10 anos            | 18 | 24 |
|  | 11 a 15 anos           | 6  | 8  |
|  | 16 a 20 anos           | 8  | 11 |

Continuação da Tabela 1.

|                              |                     |    |    |
|------------------------------|---------------------|----|----|
|                              | 1 a 5 anos          | 38 | 51 |
|                              | 6 a 10 anos         | 8  | 11 |
| Tempo de trabalho na unidade | 11 a 15 anos        | 6  | 8  |
|                              | 16 a 20 anos        | 10 | 13 |
|                              | 21 anos ou mais     | 8  | 11 |
|                              | Menos de 20horas    | 1  | 1  |
| Horas semanais de trabalho   | Entre 20 a 39 horas | 44 | 57 |
|                              | Entre 40 a 59 horas | 24 | 31 |
|                              | Entre 60 a 79 horas | 6  | 8  |

\*NA- Nenhuma Alternativa

Estes profissionais, quando analisaram as 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, avaliaram 1426 (45%) respostas positivas, 1092 (35%) respostas negativas e 612 (19%) respostas 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, Santa Catarina, Brasil.

Segundo as orientações da AHRQ, este estudo não obteve nenhuma dimensão que possa ser classificada como de força para a segurança do paciente, ou seja, com percentual de resposta positiva acima de 75% (SORRA *et al.*, 2014).

Na sequência apresentam-se as dimensões com melhor avaliação positiva. O primeiro destaque do estudo é 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 as atitudes que o supervisor/chefia desenvolvem a fim de difundir a segurança do paciente (SORRA *et al.*, 2014).

Cabe destacar que esta dimensão é composta por quatro itens do instrumento. O item “*Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas*” recebeu 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 destaque com 185 (62%) de respostas positivas foi “*Trabalho em equipe*”, que trata do apoio e do respeito entre os funcionários e do trabalho realizado em equipe (SORRA *et al.*, 2014). 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*”, com 68 (91%) de resposta positiva correspondendo a uma forte área para a segurança do paciente.

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 (SORRA *et al.*, 2014). Cabe destacar que nesta dimensão não se obteve nenhum item de força para a segurança do paciente. O destaque desta dimensão foi o item “*Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente*”, quando 45 (60%) dos participantes avaliaram-no positivamente, demonstrando seu potencial para se tornar uma área de força para a segurança do paciente.

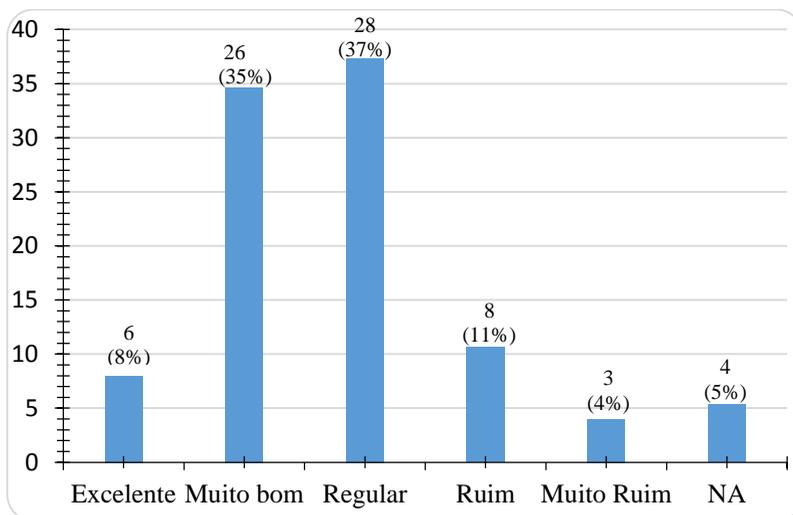
No entanto, duas dimensões receberam avaliação negativa em 50% ou mais das respostas, sendo apontadas como áreas críticas para a segurança do paciente. A primeira dimensão que recebeu maior proporção de respostas negativas foi “*Resposta não punitiva aos erros*”, obtendo 138 (61%) respostas negativas. Esta dimensão avalia como os profissionais observam que os erros ocorridos e comunicados não são utilizados contra eles, nem mantidos em seu arquivo profissional (SORRA *et al.*, 2014). É composta por três itens, sendo que 48 participantes (64%) responderam que concordam e/ou concordam totalmente que “*Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema*”.

A segunda dimensão apontada como crítica para a segurança do paciente foi “*Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente*”, quando 123 (55%) profissionais responderam esta dimensão 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 (SORRA *et al.*, 2014). 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.

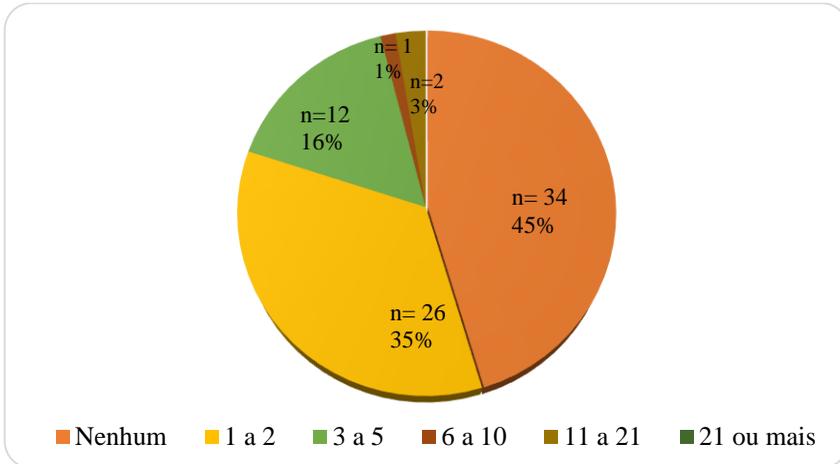
Conforme citado anteriormente, além da avaliação das dimensões da cultura de segurança, o instrumento também avalia duas variáveis de resultado da cultura de segurança, sendo a primeira a determinação de uma nota sobre a segurança do paciente na sua unidade de trabalho no hospital, de acordo com a percepção individual e, a segunda, o quantitativo de eventos adversos relatados 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 de forma 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, Santa Catarina, Brasil.

Em relação à segunda variável de resultado que trata do número de eventos adversos relatados, os dados apontam que a maioria dos participantes, ou seja, 72 (96%) deles comunicaram menos de cinco eventos adversos nos últimos 12 meses. E, ressalta-se que 34 (45%) não relataram *nenhum evento*, neste período de tempo. (Figura 3).



**Figura 3-** Média percentual de respostas sobre o número de eventos adversos relatados nos últimos doze meses em Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

## 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, recebendo 67% e 62% das respostas positivas respectivamente, 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 a recente preocupação acerca da temática, reforçado 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.

Destaca-se que as dimensões apontadas neste estudo como de potencial a se tornar 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 653 hospitais gerais, com 405.281 profissionais, utilizando o HSOPSC, na qual 81% das respostas foram positivas para *Trabalho em equipe* e 76% para *Expectativas do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente* (SORRA *et al.*, 2014). Já na China, estudo realizado em sete hospitais gerais, com 463 enfermeiros, encontrou percentual de avaliação positiva de 87% na dimensão *Trabalho em Equipe* (WANG *et al.*, 2014).

Apesar das diferenças culturais presentes nestes países, os elevados percentuais de respostas positivas atribuídas as dimensões *Trabalho em equipe* e *Expectativas do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente* 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.

No contexto brasileiro, pesquisa realizada em quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, com 181 profissionais, utilizando o mesmo instrumento de pesquisa encontrou resultados semelhantes àqueles encontrados neste estudo, quando não identificou nenhuma área de força para a segurança do paciente, apresentando as áreas com potencial de se tornar, quais foram *Expectativas e ações do supervisor/chefia para a promoção da segurança do paciente* (61%) e *Aprendizado organizacional melhoria contínua* (59%) (TOMAZONI *et al.*, 2015).

Considerando que a cultura de segurança não está fortalecida nestes cenários pediátricos, e 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 resposta negativa, foram facilmente encontradas. 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.

No estudo brasileiro citado anteriormente, 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%) (TOMAZONI *et al.*, 2015). Já no relatório americano, citado anteriormente, realizado em 653 hospitais, a dimensão *Resposta não punitiva ao erro*, recebeu 56% de resposta negativa, sendo também a dimensão pior avaliada (SORRA *et al.*, 2014).

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

Apesar de não evidenciar áreas de força para a segurança do paciente e evidenciar 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 avalia a segurança do paciente como *Regular* (45%), *Muito Boa* (38%) e *Excelente* (3%) (TOMAZONI, 2015).

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%) (NOORD *et al.*, 2014). No contexto norte americano, estudo realizado em 21 unidades de emergência pediátrica utilizando instrumento validado nacionalmente a partir do *Institute for Healthcare Improvement*, identificou índices positivos em relação ao clima de segurança das instituições variando entre 28% a 82% (SHAW *et al.*, 2009).

Estas discrepâncias encontradas na avaliação da segurança do paciente por parte dos profissionais de saúde em diferentes instituições, contextos de assistência e países, pode estar associada 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 aonde 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; o trabalho desenvolvido entre as equipe, com quantitativo de profissionais e

condições de trabalho adequadas; discutindo em ambientes de treinamento aspectos relacionados aos pacientes pediátricos; substituindo a abordagem punitiva pela abordagem sistêmica; fortalecendo os sistemas de notificações para que todos os profissionais aprendam com os erros acontecidos na instituição e que estratégias possam ser traçadas para que não voltem a acontecer.

Se tratando das 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 doze 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 (CLARO; KROCKOZK; TOFFOLLETO; PADILHA, 2011).

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 às ocorrências. No entanto, para que aconteça a notificação do erro é necessário que o método de punição frente a este seja modificado, pois o medo perante a repressão dificulta que os trabalhadores assumam tais acontecimentos (SOUZA *et al.*, 2014).

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

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da cultura de segurança do paciente em Unidades de Emergência Pediátrica permite identificar que nas unidades participantes do estudo não foram encontradas nenhuma área de força para a segurança do paciente, sendo apresentadas as dimensões com potencial para assim tornar-se.

A partir deste estudo, percebe-se a necessidade de se fazer mais presente nestas unidades aspectos que fortaleçam a cultura de segurança. No entanto, para que essas mudanças aconteçam é necessária a participação de todos os profissionais e níveis administrativos do hospital, ou seja, desde os gestores até os profissionais envolvidos com o processo assistencial, procurando incentivar o relato de erros e eventos adversos, substituindo a cultura punitiva pela cultura de segurança, consequentemente proporcionando um ambiente de trabalho que valorize, estimule e priorize a segurança do paciente.

Mudanças envolvendo a abordagem frente aos erros ocorridos nas instituições precisam acontecer, é necessário que os serviços de saúde superem o olhar tradicional e punitivo e adotem um método de aprendizado gerador de transformações decorrentes destes fatos.

Ambientes de discussão e aprendizagem precisam ser estruturados afim de garantir momentos de reflexão acerca da segurança do paciente, bem como, as particularidades que envolve o paciente pediátrico, especialmente no contexto emergencial.

Nesta lógica, os profissionais da enfermagem precisam compreender sua importância dentro da equipe de saúde, e se tornar protagonistas no processo de substituição do paradigma cultural ainda presente nas emergências pediátricas, bem como, no atual cenário de assistência à saúde, aprimorando o processo de comunicação entre seus pares, reduzindo gradientes de hierarquia, reconhecendo os riscos que envolve o trabalho por eles desenvolvidos e a importância da notificação dos eventos adversos para qualificação dos serviços.

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.

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.

## REFERÊNCIAS

AMAMOTO, M. S; PETERLINI, M. A. S.; BOHOMOL, E..  
Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. **Acta paul. enferm.**, v. 24, n. 6, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº529, de 1º de Abril de 2013. Institui a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).**

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 02 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Nome.asp?VTipo=0](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0)>. Acesso em: 17 jul. 2015.

CLARO, C.M; KROCOCKZ, D.V.C.; TOFFOLLETO, M.C.; PADILHA K.G. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 167-72, 2011.

KONH, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON M.S. **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 (DC): Institute of Medicine; 2000. p. 26-48.

Disponível em:

<[http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9728&page=R9](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=R9)>. Acesso em: 23 mar. 2014.

MARINHO, M.M.; RADUNZ, V.; BARBOSA, S. F. F.. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto contexto - enferm.**, v. 23, n. 3, 2014.

NOORD I.V. *et al.* Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. **Int J Qual Health Care** . v.26, n.6, 2014, p. 573-578. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzu081>. Acesso em 29 de Dez. de 2014.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto contexto - enferm.** v. 22, n. 2, 2013.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro.** 2013. 217 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

RIGOBELLO, M.C.G, *et al.* Clima de segurança do paciente: percepções dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.

SHAW K.N, *et al.* Pediatric Patient Safety in Emergency Departments: Unit Characteristics and Staff Perceptions. **Pediatrics.** v.124, n.201, 2009, p. 485 -93.

SORRA J. *et al.* **Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014 user comparative database report.** (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract n. HHS 290200710024C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; mar. 2014.

SOUZA, F.T. *et al.* Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Rev Enferm UFSM**, v.4, n. 1, 2014 p.152-62.

TOMAZONI, A *et al.* Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Texto Contexto Enferm.** v.24, n.1, 2015 p. 161-9.

TOMAZONI, A. *et al.* Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original.** v.22, n.5, 2014 p.755-63.

WANG X. *et al.* The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v.51, n. 8, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Launch of the World Alliance for Patient Safety: "Please do me no harm"**, 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/launch/en/>>. Acesso em 23 mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). A World Alliance for Safer Health Care. **More than words: conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final technical report. January 2009**. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2015.

## 5.2 MANUSCRITOS 02 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS.

### CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

Taise Rocha Macedo<sup>1</sup>  
Patrícia Kuerten Rocha<sup>2</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar as variáveis percepção geral e nota de segurança do paciente, bem como, frequência e número de eventos comunicados do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* na perspectiva da equipe de enfermagem em Emergências Pediátricas. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo *survey* transversal. A amostra foi intencional, não probabilística, participando do estudo 75 profissionais da equipe de enfermagem, conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. A coleta aconteceu entre setembro e novembro de 2014, após a autorização das chefias das unidades e aceite dos sujeitos em participar do estudo. As questões éticas seguiram a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa. Os dados foram submetidos à análise descritiva e estatística com aplicação do teste Qui-Quadrado. **Resultado:** Durante a análise geral da variável de resultado não foi identificado diferença significativa entre as respostas obtidas das categorias profissionais, no entanto a análise descritiva apresenta que os auxiliares em enfermagem avaliaram a variável de resultado mais positivamente, enquanto os enfermeiros foram os profissionais que mais avaliaram negativamente, fato que pode estar associado as atribuições exercidas pelas categorias. O número de eventos adversos comunicados foi pouco expressivo. **Conclusão:** A categoria profissional pode interferir na avaliação da cultura de segurança e a cultura de segurança não está completamente instituída nestes serviços.

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa, Ensino e Extensão na Saúde da Criança e do Adolescente. E-mail: taiserm@hotmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Vice-líder do Grupo de Pesquisa, Ensino e Extensão na Saúde da Criança e Adolescente (GEPESCA). E-mail: pkrochaucip@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é tema de preocupação desde os primórdios da Medicina, quando há mais de dois mil anos Hipócrates já falava em não causar dano ao paciente. Na área da Enfermagem, Florence Nightingale afirmava que o primeiro dever de um hospital deveria ser não causar mal ao paciente (DICKENS; SINSABAUGH; WINGER, 2006; NIGHTINGALE, 1863).

No entanto, foi a partir da publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, no ano de 1999 que a segurança do paciente se tornou prioridade fundamental para os serviços de saúde, quando este estudo revelou que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morriam anualmente nos Estados Unidos (EUA) em decorrência dos erros médicos, sendo que atualmente as estimativas anuais são de 400.000 mortes (KONH; CORRIGAN; DONALDSON, 2000; JAMES, 2013).

Na população pediátrica a situação é ainda mais complexa, quando estudos apontam que a ocorrência de eventos adversos com risco de dano nesta população, é três vezes maior quando comparados a adultos submetidos à mesma situação (SOUZA *et al*, 2014).

Neste sentido, a segurança do paciente pode ser definida como o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões decorrentes do processo assistencial em saúde, que possui arraigado a cada fase do processo certo grau de insegurança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; RIGOBELLO *et al*, 2012).

Diante destas circunstâncias, melhorar a segurança do paciente deve ser um princípio fundamental na assistência à saúde, principalmente nos locais de atendimento especializados como as emergências pediátricas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Um dos aspectos que contribui para a melhoria da segurança do paciente pediátrico envolve a identificação dos erros e eventos adversos através de relatos, utilização de melhores práticas e cultivo da cultura de segurança.

Considerando que as discussões e a produção científica existentes no Brasil a respeito da temática se mostram incipientes, torna-se fundamental discutir os aspectos da segurança do paciente no contexto das emergências pediátricas, locais que apresentam grande especificidade no processo de assistência à saúde (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2011).

Desta forma, há necessidade de estudos abordando a cultura de segurança sejam desenvolvidos nas unidades de emergência pediátrica, uma vez que essas unidades apresentam maior propensão a ocorrência de

erros e eventos adversos, trabalham com as especificidades do público pediátrico, quantitativo de profissionais reduzidos, com grande demanda de atendimento e vivenciam constantemente situações de risco a vida (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2011).

Neste sentido, este estudo traz como objetivo avaliar as variáveis percepção geral e nota de segurança do paciente, bem como, a frequência e número de eventos comunicados do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* na perspectiva da equipe de enfermagem.

## **METODOLOGIA**

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

A população foi composta pela equipe de enfermagem das três Emergências Pediátricas, totalizando 91 profissionais. A amostra foi intencional, não probabilística, seguindo 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 a mais de 2 meses (devido ao período de adaptação necessário, podendo o funcionário não ter total conhecimento acerca da unidade). Como critérios de exclusão consideraram-se: profissionais da enfermagem em férias, licença saúde, licença gestação, licença prêmio durante o período da coleta de dados; profissionais da enfermagem com menos de dois meses de trabalho na unidade ou que não estejam lotados na referida unidade; instrumentos preenchidos em menos da metade; e/ou desistência do consentimento após início da coleta de dados.

Seguindo tais critérios, 77 profissionais estavam aptos a participar do estudo. No entanto, 02 indivíduos não manifestaram o aceite, compondo a amostra final 75 participantes.

Realizou-se a coleta de dados entre setembro e novembro de 2014 por meio da aplicação do instrumento HSOPSC validado para o contexto hospitalar brasileiro (REIS, 2013), após a autorização dos autores originais (SORRA *et al.*, 2014).

O instrumento foi elaborado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), e possui quarenta e dois itens relacionados à cultura de segurança do paciente, sendo que primeiramente há a caracterização do profissional, como também um item em que os participantes atribuem

uma nota a segurança do paciente de sua unidade, e outro em que os participantes declaram o número de eventos adversos comunicados no último ano. Cabe destacar que para garantir respostas mais consistentes, 18 itens do instrumento são reversos, ou seja, nestes casos quando o participante discorda do item formulado negativamente estará expressando sua opinião de forma positiva (SORRA *et al.*, 2014).

Estes itens estão dispostos em três grupos de variáveis: variáveis de características profissionais do sujeito; variáveis da cultura de segurança e variáveis de resultado. Neste estudo a variável avaliada é a de resultado, composta por nove itens do instrumento: Percepção geral da segurança do paciente, formada pelos itens A10, A15, A17 e A18; Frequência de eventos comunicados, formada pelos itens D1, D2, D3; Número de eventos comunicados, item G e Nota de segurança do paciente, item F (SORRA *et al.*, 2014).

O início da coleta de dados se deu mediante a autorização das chefias de enfermagem das unidades participantes, que aconteceu após a apresentação do projeto. Posteriormente, o estudo foi apresentado individualmente para cada participante de acordo com sua disponibilidade de tempo na unidade. Após os indivíduos manifestarem seu aceite em participar da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em um envelope opaco contendo o instrumento de coleta de dados; após os mesmos responderem o instrumento os inseriram novamente no envelope opaco e de forma anônima os depositavam em uma urna disponível na unidade. Ao final de cada período, os envelopes já preenchidos e inseridos na urna eram recolhidos pela pesquisadora.

Para a análise dos dados inicialmente todas as respostas obtidas foram tabuladas em uma planilha do *Microsoft Excel* (2014), sendo posteriormente realizada a análise estatística dos dados.

Nas análises descritivas, as respostas foram recodificadas em positivas quando no instrumento continham as seguintes respostas: concordo totalmente, concordo, sempre e quase sempre; negativas: discordo totalmente, discordo, nunca e raramente; e neutras: não concordo nem discordo e às vezes. Para analisar se houve diferença estatística nas respostas da variável de resultado entre as diferentes categorias profissionais, utilizou-se o programa R 3.1.1 com base no pacote *stats* (R CORE TEAM, 2015), adotando nível de significância de  $p \leq 0,05$  utilizando o teste Qui-Quadrado (ZAR, 1999; CALLEGARI-JACQUES, 2003). Por se tratarem de dados categóricos, não foram testadas normalidade e homocedasticidade e foram analisados com teste não-paramétrico.

As questões éticas seguiram as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido e aprovado na Plataforma Brasil sob o protocolo 35231514.1.0000.5361.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 75 profissionais de enfermagem, sendo estes predominantemente técnicos em enfermagem 40 (53%), auxiliares em enfermagem 18 (24%) e enfermeiros 17 (23%). Destes, 14 (19%) possuem de 1 a 5 anos de trabalho na profissão, 18 (24%) de 6 a 10 anos, 6 (8%) de 11 a 15 anos e 8 (11%) entre 16 e 20 anos.

Para identificar como estas diferentes categorias profissionais avaliaram a variável de resultado do instrumento HSOPSC, procedeu-se a análise de cada grupo de itens do instrumento.

A variável de resultado é formada, como já referido, pelas variáveis *Percepção geral da segurança do paciente* que é construída a partir dos itens A10, A15, A17 e A 18 do instrumento original; *Frequência de eventos comunicados*, construída a partir dos itens D1, D2, D3; *Número de eventos comunicados*, construída a partir do item G e *Nota de segurança do paciente* construída pelo item F.

A variável, Percepção Geral da Segurança do Paciente permite avaliar se os procedimentos e sistemas são adequados para prevenir erros, enganos e falhas promovendo a segurança do paciente (SORRA *et al.*, 2014).

Assim, analisando os resultados apresentados na mesma com o intuito de identificar possíveis diferenças estatísticas entre as respostas apresentadas pelas diferentes categorias profissionais que participaram do estudo, pode-se observar que não se identificou diferença significativa quando os valores foram agrupados em respostas positivas, neutras e negativas entre o conjunto geral de resposta ( $\chi^2= 0,12$ ;  $p=0,99$ ) e entre os cargos (Tabela 1).

Na análise geral desta variável, a categoria profissional que apresentou o maior índice de resposta positiva foram os auxiliares em enfermagem com 37 (62%) respostas, e de repostas negativas foram os enfermeiros com 42 (62%). Na avaliação das respostas neutras, a proporção destas respostas não oscilou demasiadamente de acordo com a categoria profissional: enfermeiros 11 (17%), técnicos em enfermagem 21 (13%) e auxiliares em enfermagem 15 (21%) (Tabela 1).

No entanto, particularidades foram encontradas na análise de cada item. No item A15 “*A segurança do paciente jamais é comprometida em*

*função da maior quantidade de trabalho a ser concluída*” quando foram analisadas as diferenças entre as respostas positivas, neutras e negativas dentro de cada cargo, houve diferença estatística entre as respostas para o cargo de enfermeiro ( $\chi^2=13,88$ ;  $p<0,01$ ) (Tabela 1).

Já no item A17 “*Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente*” quando foram analisados os valores obtidos dentro de cada cargo, inicialmente houve diferença significativa em termos gerais ( $\chi^2=19,59$ ;  $p=0,01$ ), a qual se manteve para o cargo de enfermeiro ( $\chi^2=23,89$ ;  $p<0,01$ ) e para o cargo de técnico em enfermagem ( $\chi^2=32,25$ ;  $p<0,01$ ), com exceção do cargo de auxiliar em enfermagem ( $\chi^2=6,44$ ;  $p=0,17$ ) (Tabela 1).

E no item A18 “*Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros*”, quando as respostas foram avaliadas dentro de cada cargo, no geral, não houve diferença significativa ( $\chi^2=15,32$ ;  $p=0,053$ ), cuja variação manteve-se significativa para as respostas dentro do cargo enfermeiro ( $\chi^2=18,0$ ,  $p<0,01$ ) e cargo técnico em enfermagem ( $\chi^2=13,5$ ;  $p<0,01$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1-** Comparação de respostas positivas, neutras e negativas dos itens que estruturam a dimensão *Percepção Geral da Segurança do Paciente* de acordo com as categorias profissionais da equipe de enfermagem de Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.

| <b>A10- É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem neste setor*</b> |           |           |           |      |
|---|-----------|-----------|-----------|------|
| Cat. Profissional   | Pos n (%) | Neu n (%) | Neg n (%) | p    |
| Enfermeiro  | 10 (59)   | 02 (12)   | 04 (24)   | 0,07 |
| Tec. Enferm.  | 20 (50)   | 05 (13)   | 15 (37)   | 0,18 |
| Aux. Enferm   | 10 (55)   | 03 (17)   | 05 (28)   | 0,63 |

Continuação Tabela 1.

| <b>A15- A segurança do paciente jamais é comprometida em função da maior quantidade de trabalho a ser concluída*</b> |           |           |           |        |           |      |
|--|-----------|-----------|-----------|--------|-----------|------|
| Cat. Profissional  | Pos n (%) | Neu n (%) | Neg n (%) | p      |           |      |
| Enfermeiro   | 02 (12)   | 02 (12)   | 13 (76)   | < 0,01 |           |      |
| Tec. Enferm.   | 15 (38)   | 07 (17)   | 18 (45)   | 0,56   |           |      |
| Aux. Enferm  | 10 (56)   | 02 (11)   | 06 (33)   | 0,38   |           |      |
| <b>A17- Nesta Unidade temos problemas de segurança do paciente*</b>  |           |           |           |        |           |      |
| Cat. Profissional  | Pos n (%) | Neu n (%) | Neg n (%) | p      |           |      |
| Enfermeiro   | 01 (6)    | 01 (6)    | 15 (88)   | <0,01  |           |      |
| Tec. Enferm.   | 09 (22)   | 04 (10)   | 27 (68)   | <0,01  |           |      |
| Aux. Enferm  | 07 (39)   | 07 (39)   | 04 (22)   | 0,17   |           |      |
| <b>A18- Os nossos procedimentos são adequados para prevenir a ocorrência de erros*</b>                               |           |           |           |        |           |      |
| Cat. Profissional  | Pos n (%) | Neu n (%) | Neg n (%) | p      |           |      |
| Enfermeiro   | 01 (6)    | 06 (35)   | 10 (59)   | <0,01  |           |      |
| Tec. Enferm.   | 15 (38)   | 05 (12)   | 20 (50)   | <0,01  |           |      |
| Aux. Enferm  | 10 (56)   | 03 (17)   | 05 (27)   | 0,14   |           |      |
| <b>Percepção Geral da Segurança do Paciente*</b>   |           |           |           |        |           |      |
| Cat. Profissional  | Pos n (%) | p         | Neu n (%) | p      | Neg n (%) | p    |
| Enfermeiro   | 14 (21)   | 0,94      | 11 (17)   | 0,99   | 42 (62)   | 0,94 |
| Tec. Enferm.   | 59 (17)   |           | 21 (13)   |        | 80 (50)   |      |
| Aux. Enferm  | 37 (62)   |           | 15 (21)   |        | 20 (28)   |      |

Pos= Positivo; Neu=Neutro; Neg= Negativo. \*Teste Qui-Quadrado

A segunda variável avaliada foi “*Frequência de Eventos Comunicados*”, que é composta por três itens do instrumento original (D1, D2 e D3), sendo que estes itens permitem identificar se os erros são comunicados, detectados e corrigidos antes de prejudicar o paciente,

independentemente de serem erros com ou sem potencial de prejudicá-lo (Tabela 2).

A Tabela 2 aponta que a categoria profissional que apresentou maior frequência de respostas positivas nesta variável foram os auxiliares em enfermagem com 36 (67%) respostas, negativas foram os enfermeiros 34 (66%) e neutra também foram os auxiliares em enfermagem com 15 (21%) respostas. Mas, apesar destas discrepâncias, na análise geral da dimensão não foi possível identificar diferença estatística significativa quando agrupadas as respostas em positivas, neutras e negativas ( $\chi^2=0,46$ ;  $p=0,98$ ), da mesma forma quando comparou-se as diferenças entre as categorias profissionais (Tabela 2).

Quando os itens foram avaliados individualmente surgiram algumas especificidades. Na análise estatística do primeiro item desta variável - D1 “*Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?*”, observou-se que apenas os enfermeiros apresentaram diferença estatística significativa quando avaliado ( $\chi^2=9,77$ ;  $p=0,04$ ) (Tabela 2).

No item D2 “*Quando ocorre erro, engano ou falha, mas há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?*”, identificou-se diferença estatisticamente significativa ao analisar individualmente os enfermeiros ( $\chi^2=13,19$ ;  $p<0,01$ ) e os técnicos em enfermagem ( $\chi^2=10,75$ ;  $p=0,03$ ) (Tabela 2).

E, no último item desta variável - D3 “*Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?*”, também houve diferença quando avaliadas individualmente os técnicos em enfermagem ( $\chi^2=16,0$ ;  $p<0,01$ ) e auxiliares em enfermagem ( $\chi^2=13,88$ ;  $p<0,01$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2- Frequência de eventos adversos comunicados** de acordo com as categorias profissionais da equipe de enfermagem de Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.

| <b>D1- Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado? *</b> |           |      |           |      |           |        |
|--|-----------|------|-----------|------|-----------|--------|
| Cat. Profissional  | Pos n (%) |      | Neu n (%) |      | Neg n (%) | p      |
| Enfermeiro   | 11 (65)   |      | 1 (6)     |      | 5 (29)    | 0,04   |
| Tec. Enferm.   | 13 (33)   |      | 9 (22)    |      | 18 (45)   | 0,17   |
| Aux. Enferm.   | 11( 61)   |      | 1 (6)     |      | 4 (22)    | 0,1    |
| <b>D2- Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?*</b>                        |           |      |           |      |           |        |
| Cat. Profissional  | Pos n (%) |      | Neu n (%) |      | Neg n (%) | p      |
| Enfermeiro   | 12 (70)   |      | 3 (18)    |      | 2 (12)    | < 0,01 |
| Tec. Enferm.   | 10 (25)   |      | 13 (32)   |      | 17 (43)   | 0,03   |
| Aux. Enferm.   | 11( 61)   |      | 4 (22)    |      | 2 (11)    | 0,09   |
| <b>D3- Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa com que frequência ele é relatado?*</b>           |           |      |           |      |           |        |
| Cat. Profissional  | Pos n (%) |      | Neu n (%) |      | Neg n (%) | p      |
| Enfermeiro   | 11 (64)   |      | 3 (18)    |      | 2 (18)    | 0,07   |
| Tec. Enferm.   | 12 (30)   |      | 17 (43)   |      | 11 (27)   | 0,01   |
| Aux. Enferm.   | 14(78)    |      | 1 (6)     |      | 2 (11)    | 0,01   |
| <b>Frequência de eventos adversos comunicados em Unidades de Emergência Pediátrica *</b>   |           |      |           |      |           |        |
| Cat. Profissional  | Pos n (%) | p    | Neu n (%) | p    | Neg n (%) | p      |
| Enfermeiro   | 34 (66)   | 0,96 | 7 (14)    | 0,91 | 10 (20)   | 0,91   |
| Tec. Enferm.   | 35 (29)   |      | 39 (32)   |      | 46 (39)   |        |
| Aux. Enferm.   | 36 (67)   |      | 6 (14)    |      | 8 (15)    |        |

Pos= Positivo; Neu=Neutro; Neg= Negativo. \*Teste Qui-Quadrado

A terceira variável “Nota de segurança do paciente” permite que através do instrumento os participantes atribuam uma nota de segurança do paciente dentro de cinco possibilidades: *excelente, muito bom, regular, ruim e muito ruim*. Analisando as notas obtidas, observou-se que os auxiliares em enfermagem foram aqueles que avaliaram a segurança do paciente mais positivamente 12 (66%), enquanto os enfermeiros foram os que mais avaliaram negativamente 4 (24%) (Tabela 3).

Estatisticamente quando avaliadas as respostas de cada cargo individualizadas, obteve-se diferença significativa de respostas dentro das categorias profissionais (Tabela 3). No entanto quando avaliado as diferenças gerais dentro de cada categoria pesquisada não houve diferença significativa ( $\chi^2= 14,40$ ;  $p=0,07$ ).

**Tabela 3-** Nota de segurança do paciente das Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil de acordo com as categorias profissionais, 2014.

| Nota de Segurança do Paciente* |                    |                    |                  |               |                     |          |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|------------------|---------------|---------------------|----------|
| Categoria Profissional         | Excelente<br>n (%) | Muito Bom<br>n (%) | Regular<br>n (%) | Ruim<br>n (%) | Muito Ruim<br>n (%) | <b>p</b> |
| Enfermeiro                     | 0 (0)              | 5 (29)             | 8 (47)           | 3 (18)        | 1 (6)               | 0,02     |
| Tec. Enferm.                   | 2 (5)              | 13 (33)            | 17 (43)          | 5 (13)        | 2 (5)               | 0,01     |
| Aux. Enferm                    | 4 (22)             | 8 (44)             | 3 (17)           | 0 (0)         | 0 (0)               | 0,01     |

\*Teste Qui-Quadrado

Além de avaliar a nota de segurança do paciente nas instituições, na última variável que compõe a variável de resultado, os participantes apresentaram o quantitativo de eventos adversos relatados nos últimos 12 meses. No geral, os dados demonstram que independente da categoria profissional o número de eventos comunicados foi bastante reduzido (Tabela 4).

Ainda na Tabela 4 se observa que 11 (61%) dos auxiliares em enfermagem e 19 (48%) dos técnicos em enfermagem não notificaram nenhum evento adverso no último ano; 13 (76%) dos enfermeiros, 18 (47%) dos técnicos em enfermagem e 6 (34%) dos auxiliares em enfermagem notificaram entre 1 e 5 eventos.

Quando as categorias profissionais foram individualizadas encontrou-se diferenças estatisticamente significativas nas repostas apresentadas, sendo o enfermeiro o profissional que proporcionalmente mais notificou eventos adversos (Tabela 4). No entanto, na análise geral entre as categorias profissionais não foi observada diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2=0,61$ ;  $p=0,99$ ).

**Tabela 4-** Número de eventos adversos comunicados em Unidades de Emergência Pediátrica de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil de acordo com as categorias profissionais, 2014.

| Número de Eventos Adversos Comunicados* |                 |                |                |                 |                  |      |
|---|-----------------|----------------|----------------|-----------------|------------------|------|
| Cat. Profissional                       | Nenhum<br>n (%) | 1 a 2<br>n (%) | 3 a 5<br>n (%) | 6 a 10<br>n (%) | 11 a 20<br>n (%) | p    |
| Enfermeiro                              | 4 (24)          | 8 (47)         | 5 (29)         | 0 (0)           | 0 (0)            | 0,01 |
| Tec. Enferm.                            | 19 (48)         | 13 (32)        | 6 (15)         | 0 (0)           | 2 (5)            | 0,01 |
| Aux. Enferm                             | 11 (61)         | 5 (28)         | 1 (6)          | 1 (6)           | 0 (0)            | 0,01 |

\*Teste Qui-Quadrado

## DISCUSSÃO

A cultura de segurança do paciente nas instituições de saúde é estruturada por atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento individual ou coletivo dos membros da equipe (WALLIS, DOVEY, 2011). Por envolver aspectos individuais, os profissionais podem desenvolver hábitos adequados ou não para a segurança do paciente (BURSTRÖM *et al.*, 2014). Diante desta questão, considerou-se que grupos de profissionais de saúde podem diferir em suas percepções de segurança, sendo neste estudo avaliado apenas os itens que compõem a variável de resultado.

A forma como a cultura de segurança do paciente é avaliada por determinados profissionais, interfere na dinâmica de trabalho e nos procedimentos e processos a serem desenvolvidos com intuito de garantir a segurança do paciente. Quando uma categoria profissional percebe o nível de segurança de forma mais positiva que uma segunda, conseqüentemente podem ser menos propensas a perceber a necessidade de mudança nos procedimentos ou implementação de estratégias de melhorias (NOORD *et al.*, 2013).

Neste estudo, o maior índice de resposta positiva em relação a dimensão “*Percepção Geral da Segurança do Paciente*” foi obtido junto aos auxiliares em enfermagem e negativa dos enfermeiros, não sendo encontrada diferença significativa na análise comparativa entre as categorias profissionais.

Talvez a desproporção de respostas encontradas nesta dimensão, possa estar relacionada as atribuições executadas por estas categorias profissionais, dentre as quais pode-se citar que os auxiliares de enfermagem executam atividades de menor complexidade dentro da equipe, e os enfermeiros são responsáveis por aquelas mais complexas que envolvem a direção e organização dos serviços de enfermagem, cuidados de enfermagem que exigem conhecimentos científicos específico e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Outros fatores que podem interferir na percepção da segurança do paciente por parte dos profissionais é o processo de formação de cada uma das categorias e a sobrecarga de trabalho. Tal sobrecarga está associada ao subdimensionamento da equipe e potencializam impactos em todas as dimensões, piora a qualidade do cuidado e afeta a segurança do paciente e dos profissionais de enfermagem (ROSSETTI, GAIDZINSKI, BRACCO, 2014).

Neste sentido, estudo realizado em duas UTIs brasileiras, apontam que 78% dos incidentes sem lesão e eventos adversos identificados nas unidades, foram associados à sobrecarga de trabalho dos profissionais, sendo que a atuação no âmbito da gestão de pessoas foi também uma forma de promover a segurança do paciente (NOVARETTI *et al.*, 2014).

Averiguar se os profissionais de saúde identificam problemas de segurança do paciente na instituição é outro aspecto relevante, para iniciar um processo de mudança e transformação, estando associada ao aperfeiçoamento dos procedimentos, sistemas e consequente prevenção de erros. Esta capacidade de relatar, analisar, sistematizar e aprender com os próprios problemas, possui uma estreita relação com a cultura de segurança das instituições (REIS, MARTINS, LANGUARDIA, 2013).

Em estudo desenvolvido na Arábia Saudita com 2.572 profissionais de dois hospitais, 50% destes concordaram ou concordaram fortemente com o item *Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente*, sendo uma área potencialmente crítica para a cultura de segurança (EL-JARDALI *et al.*, 2014).

Os problemas que envolvem a segurança do paciente podem ser originários dos fluxos de trabalho, procedimentos e sistemas. No entanto, existe a necessidade de um reparo por parte das instituições para que

estabeleça medidas de prevenção à ocorrência de erros (NOORD *et al.*, 2013).

Neste estudo, os enfermeiros foram os profissionais que discordaram com mais frequência que a instituição possuía *Procedimentos e sistemas adequados para prevenir a ocorrência de erros*, e os técnicos em enfermagem os profissionais que mais vezes concordaram. Destaca-se que o resultado encontrado pode estar relacionado à atribuição do enfermeiro de coordenar a equipe de enfermagem, participar da elaboração de normas, rotinas e procedimentos, além de promover a permanente avaliação destes itens.

Estes dados reforçam que o investimento em sistemas adequados é fundamental para uma assistência de qualidade e segura para os pacientes, prevenindo a ocorrência dos erros ou estimulando seu relato para adequação das instituições. Neste estudo, a variável *Frequência de Eventos Comunicados*, permitiu verificar que os enfermeiros e os auxiliares em enfermagem foram os profissionais que comunicaram com maior frequência os eventos adversos, independente dos incidentes causarem ou não danos ao paciente.

Em Portugal, estudo desenvolvido com 136 enfermeiros de quatro Hospitais Gerais, apontou que 33% dos profissionais afirmavam que os eventos adversos eram notificados na maioria das vezes ou sempre. Tratando-se de incidentes corrigidos antes do dano, apenas 29% destes profissionais declararam notificar estes eventos; quando os incidentes não tinham potencial de dano, 33% dos enfermeiros os notificavam; e quando os incidentes poderiam causar dano, mas que não causaram, 37% dos enfermeiros os notificaram (FERNANDES, LOPES, 2011).

Nos Estados Unidos, a frequência de eventos adversos relatados pelos profissionais nestas situações, manteve-se consideravelmente mais elevada, 60% nos incidentes corrigidos antes do dano; 61% quando os incidentes não tinham potencial de dano e 75% quando os incidentes poderiam causar dano, mas não causaram; demonstrando que naquele país a cultura de segurança do paciente já está melhor estruturada quando comparado a outros países (SORRA *et al.*, 2014).

Já os dados encontrados neste estudo, reforçam a necessidade de aprimorar a cultura de segurança nas instituições, inicialmente fortalecendo os sistemas de notificação de eventos adversos e estruturando metodologias de aprendizado a partir dos registros obtidos. Cabe destacar, que segundo os dados deste estudo é bastante reduzido o número de notificação independente da categoria profissional, sendo que proporcionalmente os enfermeiros foram os profissionais que mais

notificaram, apesar da diferença estatística não ter se mostrado significativa.

Esta realidade também foi vivenciada no Líbano, quando 52,7% dos entrevistados não relataram qualquer relatório de evento adverso entre dezembro de 2011 a março de 2012; 28% dos profissionais relataram de 1-2 eventos adversos; 13% relataram 3-5 eventos; 3,5% entre 6 e 10 eventos; e, apenas 2,9% relataram 21 ou mais eventos. Ainda neste estudo, os técnicos em enfermagem destacaram-se como os profissionais que mais revelaram ter notificado *nenhum evento* no período estipulado (EL-JARDALI *et al.*, 2014).

Situação semelhante foi encontrada na Holanda, conforme estudo já citado, quando 44,9% dos profissionais não relataram eventos adversos durante o ano prazo de um ano; 37,7% relataram entre 1-2 eventos; 11,8% entre 3-5 eventos; 3,3% entre 6 e 10 eventos; e, 1,9 relataram acima de 11 eventos, sendo que o número de notificações efetuadas pelos enfermeiros foram estatisticamente maior quando comparado a categoria médica (NOORD *et al.*, 2013).

Alcançar um ambiente com baixos gradientes de hierarquia, na qual os indivíduos podem se comunicar facilmente, não sendo punidos pelos seus erros, pode ser uma meta importante para o alcance de um sistema de notificação eficaz e um sistema de saúde mais seguro (BERNALTE-MARTÍA, ORTS-CORTÉS, MACIÁ-SOLER, 2015).

Qualificar os sistemas de notificações de eventos adversos, ampliar as discussões acerca dos erros acontecidos nas emergências pediátricas é fundamental, uma vez que a cultura de segurança orienta que as instituições devem aprender, planejar treinamentos, estruturar fluxos e sistemas a partir da análise de causa raiz, buscando qualificar a segurança do paciente.

Apesar dos entraves apontados que dificultam à implementação de uma cultura de segurança efetiva, neste estudo se identificou que não houve diferença significativa na nota atribuída à segurança do paciente, quando realizada a análise geral das respostas entre as categorias profissionais, porém quando estas foram individualmente analisadas houve diferenças significativas. O técnico em enfermagem foi a categoria profissional que melhor avaliou a segurança do paciente e o enfermeiro a categoria que atribuiu a pior avaliação.

Corroborando com estes achados, estudo brasileiro desenvolvido em quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatal apontou que os técnicos em enfermagem assim como os médicos foram os profissionais que mais atribuíram a nota  *muito bom* para a segurança do paciente de sua unidade. Já os enfermeiros e os auxiliares em enfermagem foram os

profissionais que mais atribuíram à nota  *muito ruim* (TOMAZONI, *et al.*, 2014).

Este dado demonstra que os enfermeiros não estão satisfeitos com o trabalho realizado nas unidades de emergência pediátrica, e que esta insatisfação pode contribuir para a elaboração de estratégias, como a educação permanente, aprimoramento dos processos de comunicação, ajustes nos sistemas de notificação de eventos adversos, substituição da abordagem diante dos erros, fortalecimento do trabalho em equipe, que substituirão o paradigma cultural ainda presente nestas unidades de saúde pela cultura de segurança, que têm como meta central garantir a segurança do paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da cultura atual é o passo inicial para a implementação de uma cultura de segurança. A categoria profissional pode interferir na avaliação da cultura de segurança e contribuir para a execução de ações que refletirão na sua efetivação.

Os resultados evidenciam que não houve diferença estatisticamente significativa na avaliação das variáveis de resultado apresentadas pelos diferentes profissionais da equipe de enfermagem. Porém, o estudo apontou que os auxiliares em enfermagem perceberam mais positivamente a segurança do paciente quando comparado aos demais membros da equipe.

Reforça-se que o número de eventos adversos comunicados foi pequeno, sendo os enfermeiros os profissionais que proporcionalmente mais notificaram, demonstrando uma fragilidade das unidades participantes do estudo e uma realidade que precisa ser superada.

Ampliar as discussões acerca da cultura de segurança do paciente e melhorar os aspectos que envolvem esta pauta no contexto das Emergências Pediátricas é fundamental para que possamos qualificar os serviços, reduzir o quantitativo de eventos adversos e alcançar instituições de saúde mais seguras.

A partir dos resultados aqui apontados, sugere-se que dentro das suas competências profissionais, a equipe de enfermagem fortaleça a educação permanente, o processo de comunicação, o relato de eventos adversos, o trabalho em equipe dentro das unidades, trazendo à tona a necessidade de substituir a cultura presente nas emergências pediátricas por uma cultura de segurança.

Novos estudos podem ser desenvolvidos buscando identificar a cultura atual das instituições, para que mudanças sejam implementadas a fim de alcançarmos um alto nível de segurança do paciente não apenas das Emergências Pediátricas, mas em todo o serviço de saúde.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Policy Statement Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. **Pediatrics**, v.127, n. 6, 2011. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/127/6/1199.full.pdf+html>>. Acesso em 10 de Mar. de 2015.

BERNALTE-MARTÍAV.; ORTS-CORTÉS M. I.; MACIÁ-SOLER L. Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. **Enfermería clínica**, v.25, n.2, 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **LEI nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Brasília, 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm)>. Acesso em: 17 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2014.

BURSTRÖM L. *et al.*. The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. **BMC Health Services Research**. v.14, n.296, 12p. 2014.

CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística: Princípios e aplicações.** Porto Alegre: Artmed. 225 p. 2003.

DICKENS, D.; SINSABAUGH, D.; WINGER, B. **Primum Non Nocere**. Arch Pediatric Adolesc Med., v. 1620, n. 11, p. 1185, 2006.

EL-JARDALI, F *et al.* Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. **BMC Health Services Research**. v.14, n. 122, 2014.

FERNANDES, A.M.M.; LOPES, Q.P.J.P. Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Rev. Inf. Ref.** [periódico na Internet]. v.III, n. 4, p.37-48, 2011. Disponível em:  
<[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000200004&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200004&lng=pt)> Acessado em: 20 abr. 2015.

JAMES, J.A. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. **Journal of Patient Safety**. v.9, n.3, p. 122-8, 2013. Disponível em:  
<[http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2013/09000/A\\_New\\_Evidence\\_based\\_Estimate\\_of\\_Patient\\_Harms.2.aspx](http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2013/09000/A_New_Evidence_based_Estimate_of_Patient_Harms.2.aspx)>. Acesso em: 27 abr. 2014.

KONH, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON M.S. **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 (DC): Institute of Medicine; 2000. p. 26-48. Disponível em:  
<[http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9728&page=R9](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=R9)>. Acesso em: 23 mar. 2014.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. 3rd ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863.

NOORD, I.V. *et al.* Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. **Int J Qual Health Care**. v.26, n.6, p. 573-578, 2013. Disponível em:  
<<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzu081>>. Acesso em 29 de Dez. de 2014.

NOVARETTI, M.C.Z. *et al.* Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm.** v. 67, n.5, p. 692-699, 2014.

R Core Team, R.2015. **A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing.** Vienna, Austria; 2014. Disponível em: <<http://www.R-project.org/>>. Acessado: 20 fev 2015.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro.** 2013. 217 p. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

REIS C.T, MARTINS M., LAGUARDIA J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva.** v.18, n.7, p. 2029-36, 2013.

RIGOBELLO, M.C.G. *et al.*. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v.25, n.5, p.728-35, 2012.

ROSSETTI, A.C., GAIDZINSKI, R.R., BRACCO, M.M. Determining workload and size of nursing team in the pediatric emergency department. **Einstein.** v.12, n.2, p. 217-22, 2014.

SORRA, J. *et al.* **Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014 user comparative database report.** Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2014.

SOUZA, F.T. *et al.* Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Rev Enferm UFSM.** v. 4, n.1, 2014.

TOMAZONI, A. *et al.* Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.22, n.5, p.755-63, 2014.

WALLIS, K., DOVEY, S. Assessing patient safety culture in New Zealand primary care: a pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in Dunedin general practices. **J Prim Health Care.**v.3, n.1, p.35-40, 2011.

WORD HEALTH ORGANIZATION. Patient Safety. [document da internet] 2015. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/topics/patient_safety/en/)>. Acesso em 18 de fev. de 2015.

ZAR, J.H. **Biostatistical analysis**. 4<sup>a</sup> ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1999. 663 p.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente tornou-se preocupação mundial, em virtude dos milhares de erros que afetam constantemente os pacientes, expondo diretamente todo o sistema de saúde e exigindo mudanças na prática do cuidado. Neste sentido, os profissionais da enfermagem possuem um importante papel neste processo de mudança. Este estudo descreveu a avaliação da cultura de segurança do paciente de três Unidades de Emergência Pediátrica a partir do HSOPSC. Este instrumento foi escolhido por ser validado para o contexto hospitalar brasileiro e permitir avaliar a cultura de segurança do paciente neste complexo ambiente de assistência à saúde.

Além disso, os itens que compõem o instrumento possibilitam identificar as potencialidades e as fragilidades relacionadas à segurança do paciente na perspectiva dos profissionais. E, identificar a cultura de segurança nestas unidades foi o passo inicial para encontrar os principais fatores que estruturam a segurança do paciente nestas unidades. Sendo que a partir disto, estratégias podem ser formuladas a fim de fortalecer as áreas melhor avaliadas, e estimular melhorias nas áreas apontadas como críticas pelos profissionais de enfermagem.

Neste estudo não se identificou nenhuma dimensão que pode ser classificada como de força para a segurança do paciente, porém identificou áreas com potencial de assim tornar-se, como o trabalho desenvolvido pelos supervisores/ chefias para a segurança do paciente e o trabalho em equipe, demonstrando o interesse dos profissionais em fortalecer a temática.

Em contrapartida, as áreas identificadas como críticas para a segurança do paciente evidenciam a abordagem punitiva frente aos erros, e a dificuldade que os profissionais possuem em reconhecer a gestão como apoiadora das questões que envolve a segurança do paciente

Os resultados encontrados buscam subsidiar discussões no âmbito da enfermagem em emergência pediátrica, contribuindo para a implantação da cultura de segurança neste contexto, efetivando o trabalho dos núcleos de segurança do paciente e qualificando a assistência prestada pelas instituições.

Se tratando dos núcleos de segurança do paciente, apesar de constatado sua presença em todas as instituições participantes, percebe-se que suas ações ainda são incipientes, pois alguns foram recentemente implantados e seguem em processo de estruturação. Neste sentido, este estudo pode apontar ações prioritárias no contexto das emergências pediátricas das instituições participantes.

O dimensionamento de pessoal aliado as diferentes demandas individuais de atendimento das emergências pediátricas, pode ser apontado como um fator contribuinte para a ocorrência de eventos adversos, uma vez que o atendimento pediátrico é dinâmico e complexo agravado pelas características emergenciais dos atendimentos.

Aproximar o trabalho dos profissionais que atuam na gestão das instituições ao trabalho dos profissionais envolvidos diretamente na assistência, pode favorecer discussões acerca da segurança do paciente, melhorar o processo de comunicação entre os profissionais, reduzir os gradientes de hierarquia, fortalecer os ambientes de aprendizagem dentro das instituições, a fim de qualificar as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde.

Notou-se que a avaliação das diferentes categorias profissionais, em relação a variável de resultado da cultura de segurança não apontou diferenças estatisticamente significativas, apesar de observado certas desproporções nas avaliações das respostas, que podem estar associadas ao processo de formação profissional destes indivíduos, atividades exercidas nas instituições, além das recentes discussões acerca da temática nestes serviços de saúde, conforme se verifica no histórico de implantação dos núcleos de segurança nestes hospitais.

O enfrentamento dos erros acontecidos nas instituições também precisa ser modificado. A abordagem punitiva, que culpabiliza o indivíduo diante de uma situação de erro, e que direciona toda a discussão nas pessoas envolvidas no evento precisa ser superada, dando lugar a uma abordagem sistêmica, onde a ocorrência de um evento adverso se torna fonte de aprendizado tanto individual como coletivo, que promove mudanças nas instituições evitando que a situação volte a acontecer.

Neste contexto, a reorganização dos processos de trabalho e os treinamentos passam a ser pautados em demandas das próprias instituições, que podem surgir a partir dos registros de eventos adversos e problemas derivados do dia a dia dos profissionais. Neste estudo verificou-se que os sistemas de notificação precisam ser efetivados e divulgados nos serviços de saúde que participaram deste estudo para que a segurança do paciente possa prosperar.

Qualificar os sistemas de notificação é investir em segurança do paciente, para isso os profissionais precisam ser encorajados a realizar a notificação dos eventos adversos, em um sistema de notificação efetivo. Ainda, analisar o erro a partir da análise de causa raiz, e identificar os motivos que contribuíram para sua ocorrência, implica em promover mudanças que prevenirão uma possível recorrência.

Sugere-se que as discussões envolvendo a cultura de segurança e nesta lógica a segurança do paciente, possa ser levada para as instituições de ensino em todos os níveis de formação e inserida efetivamente no processo de formação dos profissionais.

Novos estudos podem ser realizados no intuito de identificar a atual cultura de outras unidades ou instituições, para que mudanças sejam implementadas a fim de alcançamos um alto nível de segurança do paciente, reduzindo os alarmantes índices de eventos adversos não apenas das Emergências Pediátricas, mas de todo o serviço de saúde.

## REFERÊNCIAS

AHRQ. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. 2014. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/>> Acesso em: 13 abr. 2014.

AMAMOTO, M. S; PETERLINI, M. A. S.; BOHOMOL, E.. Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. **Acta paul. enferm.**, v. 24, n. 6, 2011.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Principles of Patient Safety in Pediatrics. **Pediatrics**, v.107, 2001. Disponível em: <[http://pediatrics.aappublications.org/content/107/6/1473.abstract?ijkey=2044843396abcb800a8276ed9b0d2a8280588150&keytype2=tf\\_ipsecsha](http://pediatrics.aappublications.org/content/107/6/1473.abstract?ijkey=2044843396abcb800a8276ed9b0d2a8280588150&keytype2=tf_ipsecsha)> Acesso em: 20 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Prevention of Medication Errors in the Pediatric Inpatient Setting. **Pediatrics**, v.112, 2003. Disponível em:<<http://pediatrics.aappublications.org/content/112/2/431.full>> Acesso em 20 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Patient Safety in the Pediatric Emergency Care Setting. **Pediatrics**, v.120, 2007. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/120/6/1367.full>> Acesso em: 20 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Policy Statement Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. **Pediatrics**, v.127, n. 6, 2011. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/127/6/1199.full.pdf+html>> Acesso em: 20 abr. 2014.

AZEVEDO, A.L.C.S. *et. al.*. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.2, n.4, p.736-45, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm>>. Acesso em: 06 abr. 2014.

BELELA, A.S.C; PEDREIRA, M.L.G; PETERLINI, M.A.S. Erros de medicação em pediatria. **Rev. bras. enferm.** v. 64, n. 3, 2011 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 maio de 2014.

BENKELFAT, R. Medication Errors in the Management of Anaphylaxis in a Pediatric Emergency Department. **The Journal of Emergency Medicine**. v. 45, n.3, p. 419-25, 2013. Disponível em:< <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073646791201596X>.>. Acesso em: 29 jun. 2014.

BERNALTE-MARTÍAV.; ORTS-CORTÉS M. I.; MACIÁ-SOLER L. Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. **Enfermería clínica**, v.25, n.2, 2015.

BERNARDES, R. **Os avanços se refletem na aprovação de protocolos e na criação do Comitê de Implementação do PNSP**. 2013. Disponível em: <<http://proqualis.net/blog/archives/3593/43>>. Acesso em: 02 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: < [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)>. Acesso em: 29 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 84p. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº529, de 1º de Abril de 2013. Institui a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).**

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 02 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução- RDC nº36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: 13/04/2014. Acesso em: 27 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Nome.asp?VTipo=0](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp?VTipo=0)>. Acesso em: 17 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **LEI nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Brasília, 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm)>. Acesso em: 17 jul. 2015.

BURSTRÖM, L. *et al.* The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. **BMC Health Services Research**. v. 14, n. 296, 2014.

CLARO, C.M.; KROCKOZ, D.V.C.; TOFFOLLETO, M.C.; PADILHA K.G. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 45, n. 1, p. 167-72, 2011.

CLINCO, S.D.O. **O Hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente** [dissertação de mestrado]. São

Paulo (SP): Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2007. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4900/106674.pdf?sequen>>. Acesso em: 04 maio de 2014.

COLLA, J.B. *et al.* Measuring patient safety climate: a review of surveys. **Qual Saf Health Care**, v.14, p 364-6, 2005. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/14/5/364.full.pdf+html>>. Acesso em 13 abr. 2014.

COX, E.D. *et al.* Parent Perceptions of Children's Hospital Safety Climate. **BMJ Qual Saf**. v.22, n. 8, p. 664-71, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23542553>>. Acesso em: 15 maio de 2014.

DICKENS, D.; SINSABAUGH, D.; WINGER, B. **Primum Non Nocere**. Arch Pediatric Adolesc Med., v. 1620, n. 11, p. 1185, 2006.

EL-JARDALI, F *et al.* Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. **BMC Health Services Research**. v.14, n. 122, 2014.

ETCHEGARAY, J.M; THOMAS, E.J. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. **BMJ Qual Saf**, v.21, p .490-8, 2012. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/21/6/490.long>>. Acesso em 14 maio de 2014.

FERNANDES, A.M.M.; LOPES, Q.P.J.P. Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Rev. Enf. Ref.** [periódico na Internet]. v.III, n. 4, p.37-48, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832011000200004&lng=pt.](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200004&lng=pt.)> Acessado em: 20 abr. 2015.

FONSECA, A.S; PETERLINE, F.L; COSTA, D.A. **Segurança do Paciente**. São Paulo: Martinari, 2014. 276p.

GAMA, Z.A.S; OLIVEIRA, A.C.S; HERNANDEZ, P.J.S. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2014.

GONÇALVES, M. I. **Comunicação na passagem de plantão da equipe de enfermagem em unidades de cuidados intensivos neonatais e os fatores relacionados à segurança do paciente.** 2012. 145 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Committee on Quality of Health Care in America. Crossing The Quality Chasm A New Health System for the 21st Century.** National Academy Press, 2001, 359p. Disponível em: <[http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=10027&page=R1](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10027&page=R1)>. Acesso em: 05abr. 2014.

JACKSON, J.; SARAC, C.; FLIN, R. Hospital safety climate surveys: measurement issues. **Curr. Opin Crit Care.** v.16, n.6, p. 632-8, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20827181>>. Acesso em: 25 maio 2014.

JAMES, J.A. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. **Journal of Patient Safety.** v.9, n.3, p. 122-8, 2013. Disponível em: <[http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2013/09000/A\\_New\\_Evidence\\_based\\_Estimate\\_of\\_Patient\\_Harms.2.aspx](http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2013/09000/A_New_Evidence_based_Estimate_of_Patient_Harms.2.aspx)>. Acesso em: 27 abr. 2014.

JHA, A.K. *et al.* Patient safety research: an overview of the global evidence. **Qual Saf Health Care.** v.19, p. 42-7, 2010. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/19/1/42.full.pdf+html>>. Acesso em 12 abr. 2014.

KAUFMANN, J.; LASCHAT, M.; WAPPLER, F. Medication Errors in Pediatric Emergencies: A Systematic Analysis. **Deutsches Ärzteblatt International.** v. 109, n. 38, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3471264/>>. Acesso em: 05/05/2014.

KONH, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **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 (DC): Institute of Medicine; 2000. p. 26-48. Disponível em: <[http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9728&page=R9](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=R9)>. Acesso em: 23 mar. 2014.

KRUG, S.E; FRUSH, K. Patient safety in the pediatric emergency care setting. **Pediatrics**. v. 120, n. 6, p. 1367-37, 2007. Disponível em: <<http://intl-pediatrics.aappublications.org/content/120/6/1367.full>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

LEITÃO, I.M.T.A. *et al.* Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. **Rev. Rene**. v. 14, n.6, p.1073-83, 2013.

LOBÃO, W.M.; MENEZES, I.G. Análise psicométrica da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos no cuidado de enfermagem em UTI. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. V. 21, n.1, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt\\_v21n1a15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a15.pdf)>. Acesso em: 24 jul. 2014.

MARINHO, M.M.; RADUNZ, V.; BARBOSA, S. F. F.. Avaliação da cultura de segurança pelas equipes de enfermagem de unidades cirúrgicas. **Texto contexto - enferm.**, v. 23, n. 3, 2014.

MARTINS, V.F. *et al.* A viabilidade da sistematização da assistência de enfermagem em serviço pediátrico: uma abordagem reflexiva. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**.v.4, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/238/pdf>>. Acesso em: 24 maio 2014.

MATLOW, A.G. *et al.* Adverse events among children in Canadian hospitals: the Canadian Paediatric Adverse Events Study. **CMAJ**, 2012. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/early/2012/07/30/cmaj.112153.full.pdf+html>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

MELLO, J.F; BARBOSA, S.F.F. Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 4, 2013 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 maio de 2014.

MORELLO, R.T. *et al.* Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review, **BMJ Qual Saf**, v.22, p. 11-8, 2013.

Disponível em:

<<http://qualitysafety.bmj.com/content/22/1/11.full.pdf+html>>. Acesso em: 14 maio de 2014.

MUETHING, S.E. *et al.* Quality Improvement Initiative to Reduce Serious Safety Events and Improve Patient Safety Culture. **Pediatrics**, v.130, n. 2, 2012. Disponível em:

<<http://pediatrics.aappublications.org/content/130/2/e423.full>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). **Safe Practices for Better Healthcare—2010 Update: A Consensus Report**. Washington, DC:

NQF; 2010. Disponível em:

<[http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe\\_Practices\\_for\\_Better\\_Healthcare\\_%E2%80%932010\\_Update.aspx](http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%932010_Update.aspx)>. Acesso em: 21 abr. 2014.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Hospitals**. 3rd ed. London: Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1863.

NOORD, I.V. *et al.* Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. **Int J Qual Health Care** . v.26, n.6, p. 573-578, 2013. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzu081>>. Acesso em 29 de Dez. de 2014.

NOVARETTI, M.C.Z. *et al.* Sobrecarga de trabalho da Enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. bras. enferm.** v. 67, n.5, p. 692-699, 2014.

PAESE, F.; DAL SASSO, G.T.M. Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 2, 2013 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 abr. 2014.

PATTERSON, M.D. *et al.* Impact of multidisciplinary simulation-based training on patient safety in a paediatric emergency department. **BMJ Qual Saf** . v. 22 p. 383-93, 2013. Disponível em:< <http://qualitysafety.bmj.com/content/22/5/383.long>>. Acesso em 07 maio de 2014.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª Edição. Porto Alegre, Editora Artmed, 2011, 669 p.

RAINE, J.E. An analysis of successful litigation claims in children in England. . **Arch Dis Child**, V. 96, n. 9, p. 838-40, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21685505>>. Acesso em 20 abr. 2014.

RATI, R.M.S. *et al.* “Criança não pode esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p. 3663- 3672, 2013.

R Core Team, R.2015. A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; 2014. Disponível em: <<http://www.R-project.org/>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p. 768-770, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>>. Acesso em 07 maio de 2014.

REBRAENSP- Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: Pólo Santa Catarina. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/polo/sc/>. Acesso em 12 de Abril de 2015.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro**. 2013. 217 p. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

REIS C.T, MARTINS M., LAGUARDIA J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**. v.18, n.7, p. 2029-36, 2013.

RIGOBELLO, M.C.G. *et al.* Clima de segurança do paciente: percepções dos profissionais de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 728-35, 2012.

ROSSETTI, A.C.;GAIDZINSKI, R.R.; BRACCO, M.M. Determining workload and size of nursing team in the pediatric emergency department. **Einstein**. v.12, n.2, p. 217-22, 2014.

SHAW K.N, *et al.* Pediatric Patient Safety in Emergency Departments: Unit Characteristics and Staff Perceptions. **Pediatrics**. v.124, n.201, 2009, p. 485 -93.

SHAW, K.N. *et al.* Reported medication events in a paediatric emergency research network: sharing to improve patient safety. **Emerg Med J**. v.30, p. 815-19, 2013. Disponível em: Disponível em: <<http://emj.bmj.com/content/30/10/815.full>>. Acesso em: 29 jun. 2014.

SARKAR, U. *et al.* Adverse Drug Events in U.S. Adult Ambulatory Medical Care. **Health Services Research**. v.46, n.5, p. 1517-33, 2011.

SILVA, A.E.B.C. Seguridad Del paciente: desafíos a la práctica y a la investigación en Enfermería. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.12, n.3, p.424, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/11885/7857>>. Acesso em: 02 abr. 2014.

SORRA, J.S.; NIEVA, V.F. **Hospital Survey on Patient Safety Culture**. AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. sep. 2004. Disponível em:< <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>>. Acesso em 17 abr. 2014.

SORRA, J. *et al.* Hospital Survey on Patient Safety Culture 2014 user comparative database report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2014.

AHRQ Publication No. 14-0019-EF. Disponível em:  
<<http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2014/hsops14pt1.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2014.

SOUZA, F.T. *et al.* Percepção da enfermagem sobre os fatores de risco que envolvem a segurança do paciente pediátrico. **Rev Enferm UFSM**, v.4, n. 1, 2014 p.152-62.

SYMONS, N.R.A. *et al.* An observational study of teamwork skills in shift handover. **International Journal of Surgery**. v.10, p.355-359, 2012.

TEODORO, W.R.; AQUINO, L.A.M. Análise do processo de passagem de plantão em uma unidade de internação pediátrica. **Reme (internet)**. v. 14.3, 2010. Disponível em: <  
[http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4d3079563e899.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4d3079563e899.pdf)>. Acesso em 25 maio 2015.

TOMÁS, S. *et al.* La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del programa semes-seguridad paciente. **Emergencias**, v.24, p.225-233, 2012. Disponível em:<  
[http://www.semes.org/revista/vol24\\_3/11.pdf](http://www.semes.org/revista/vol24_3/11.pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2014.

TOMÁS, S.; GIMENA, I. La Seguridad del paciente en urgencias y emergencias. **An. Sist. Sanit. Navar.**, v 33, sulp 1, p. 131-148, 2010. Disponível em: <[http://www.semes.org/revista/vol24\\_3/11.pdf](http://www.semes.org/revista/vol24_3/11.pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2014.

TOMAZONI, A. *et al.* Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.22, n.5, p.755-63, 2014.

TOMAZONI, A. *et al.* Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Texto Contexto Enferm**. v.24, n.1, 2015 p. 161-9.

WACHTER, R.M. Compreendendo a segurança do paciente. 2. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

WAGNER, C. *et al.* Assessing patient safety culture in hospitals across countries, **Int J Qual Health Care**, v.25, n. 3, p.213-21, 2013 .  
Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23571748>>.  
Acesso em: 27 abr. 2014.

WALLIS, K., DOVEY, S. Assessing patient safety culture in New Zealand primary care: a pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in Dunedin general practices. **J Prim Health Care**.v.3, n.1, p.35-40, 2011.

WANG X. *et al.* The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v.51, n. 8, 2014.

WEGNER, W.; PEDRO, E.N.R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 3, 2012. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 abr. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) a. **Fifty-Fifth World Health Assembly**. WHO: 2002. Disponível em:<  
[http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA55/ea5513.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf)>. Acesso em: 17 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **The Launch of the World Alliance for Patient Safety: "Please do me no harm"**, 2004. Disponível em:  
<<http://www.who.int/patientsafety/launch/en/>>. Acesso em 23 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. A World Alliance for Safer Health Care. **More than words: conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final technical report. January 2009**. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 2009. Disponível em:  
<[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. WHO Patient Safety - programme areas. Disponível em:  
<http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/>. Acesso em 19 de jul. 2015.

XUANYUE, M. *et al.* Review Literature review regarding patient safety culture. **Journal of Evidence-Based Medicine**, v.6, p.43-9, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23557527>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

ZIMMER, P.M., *et al.* **Avaliação da cultura de segurança do paciente: uma análise comparativa com os hospitais norte-americanos**. IX Congresso Internacional de Qualidade e Serviços e Sistemas de Saúde, Anais Qualihosp, 2009, p. 262-265. Disponível em: <[http://www.logisticareversa.net.br/uploads/1/6/3/0/1630201/anais\\_qualihosp\\_2009.pdf](http://www.logisticareversa.net.br/uploads/1/6/3/0/1630201/anais_qualihosp_2009.pdf)>. Acesso em: 04 maio de 2014.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: **“Cultura de segurança do paciente em Unidades de Emergência Pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem”**, que faz parte da dissertação de mestrado da enf<sup>a</sup> Taise Rocha Macedo, e orientado pela enf<sup>a</sup> Dra. Patrícia Kuerten Rocha.

Este estudo possui como objetivo, identificar a cultura de segurança do paciente em emergências pediátricas na perspectiva da equipe de enfermagem.

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, e não haverá remuneração por sua participação. Os procedimentos adotados obedecem aos critérios da ética em pesquisa com seres humanos, conforme determina a Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados serão coletados por meio de um questionário chamado *Hospital Survey on Patient Safety Culture- HSOPSC* (Pesquisa Hospitalar sobre cultura de segurança do paciente).

O estudo poderá trazer aos participantes, riscos de ordem psicológica, devido às recordações de lembranças de situações difíceis e dolorosas. No intuito de minimizar esses possíveis danos, a pesquisadora se propõe a oferecer atenção psicológica àqueles que por ventura vierem a necessitar, bem como oferecer atualizações para os profissionais sobre a temática, caso considerarem necessário.

O estudo não acarretará nenhum tipo de custo, e como benefício identificará a cultura de segurança do paciente das Unidades de Emergência Pediátrica, possibilitando que intervenções sejam realizadas

a fim de aprimorá-la, permitindo a execução de uma assistência de saúde mais segura.

Você possui o direito de recusar-se a participar do estudo, mas caso você aceite a participar, garantimos que seu nome ficará em sigilo, bem como as informações fornecidas só serão utilizadas neste estudo e nas publicações que dele decorrerem, ficando sob o domínio da pesquisadora por cinco anos, sendo destruídos após este prazo.

Este estudo só será desenvolvido, pois foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). O CEP é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética.

A qualquer momento, se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou quiser desistir do mesmo, poderá entrar em contato com a mestrande Taise Rocha Macedo, pelo telefone: (48) 88324654 e email: [taiserem@hotmail.com](mailto:taiserem@hotmail.com), ou com a orientadora Patrícia Kuerten Rocha, pelo telefone: (48) 99249282 e email: [pkrochaucip@gmail.com](mailto:pkrochaucip@gmail.com), ou com o CEP do Hospital Infantil Joana de Gusmão pelo telefone 48 – 32519092 ou pelo email: [cephijg@saude.sc.gov.br](mailto:cephijg@saude.sc.gov.br). E se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você também pode entrar em contato com o CEP do Hospital Infantil Joana de Gusmão pelo telefone 48 – 32519092 ou pelo email: [cephijg@saude.sc.gov.br](mailto:cephijg@saude.sc.gov.br). Você pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir.

O presente termo, será disponibilizado em duas vias.

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Enfª Mestranda Taise Rocha Macedo

Orientadora: \_\_\_\_\_

Profª Dra Patrícia Kuerten Rocha

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2014.

# APÊNDICE 2- Solicitação para aplicação do HSOPSC e autorização da AHRQ

Hospital Survey on Patient Safety Culture- Brazil

↑ ↓ ×



Taise Rocha Macedo 03/05/2014  
Para: DatabasesOnSafetyCulture@ahrq.hhs.gov ▾

Dear Director,

My name is Taise Rocha Macedo, I'm a Master Student of Federal University of Santa Catarina, Brazil. I'm a member of a research group of patient safety. I'm interested in using the Hospital Survey on Patient Safety Culture in my research. I would like to measure the culture of patient safety in three pediatric emergency units in South of Brazil. Then, I would like to use the HSOPSC for this purpose. Our decision to use this instrument was motivated by the fact that it has been widely adopted in many countries and has good psychometric properties.

Hereby, I ask authorization to use it in my research.

Thank you in advance

Taise Rocha Macedo

Re: Hospital Survey on Patient Safety Culture- Brazil: \*ref#24-23782

↑ ↓ ×



SafetyCultureSurveys@westat.com (SafetyCultureSurveys@westat.com) Adicionar aos contatos 05/05/2014 ▾  
Para: taiserm@hotmail.com ▾

Dear Taise,

Thank you for your interest in the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture.

Your inquiry was forwarded to Westat, the contractor who provides technical assistance for the safety culture surveys. We are happy to hear that you will be using the Hospital Survey on Patient Safety Culture for your research study. Yes, you have AHRQ's permission to use the Hospital Survey on Patient Safety Culture in English or translate it into another language. The AHRQ safety culture surveys for hospitals, nursing homes, medical offices, and pharmacies are free and available for public use from the AHRQ Web site at: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>. Select the Hospital Survey on Patient Safety Culture and then you will find the survey and support materials.

We request that any surveys used in the study note that the surveys were reprinted or translated from English with the permission of the United States Agency for Healthcare Research and Quality. Any research studies based on the survey results should give a source citation to the Hospital SOPS Web page <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety/culture/hospital/index.html>.

Each survey has an accompanying Toolkit which contains the following materials:

- o Survey Forms
- o Survey Items and Dimensions
- o A Survey User's Guide: Gives step-by-step instructions on how to select a sample, administer the survey and obtain high response rates, and how to analyze and report results.
- o Survey feedback report PowerPoint® template: Can be customized to display survey results to administrators and staff throughout the organization, and for presentation purposes.
- o Data Entry and Analysis Tool: A data entry and analysis tool that works with Microsoft® Excel and makes it easy to input your individual-level data from the survey. The tool then automatically creates tables and graphs to display your survey results. To request the tool for the hospital, medical office, or nursing home survey, send an E-mail to: [DatabasesOnSafetyCulture@westat.com](mailto:DatabasesOnSafetyCulture@westat.com).

Since the release of the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture in November 2004, the number of international survey users has grown. This link <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/pscinusers.html> will give you information on international users, including languages into which the survey has been translated and guidelines for translation etc.

You may register for email updates from the AHRQ Web site by going to [https://subscriptions.ahrq.gov/service/multi\\_subscribe.html?node=USAHQ](https://subscriptions.ahrq.gov/service/multi_subscribe.html?node=USAHQ).

Choose from the following SOPS email subscription lists:  
Surveys on Patient Safety Culture

- Hospital Survey
- Medical Office Survey
- Nursing Home Survey
- Translations and International Use

If you need further information, please let us know.

Thank you.  
Chris

## ANEXOS

ANEXO 1- Adaptação transcultural do HSOPSC. Instrumento validado por Reis (2013), para o contexto hospitalar brasileiro (Instrumento Original).

### **Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)**

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital e tomará cerca de 10 a 15 minutos para ser preenchida.

#### **SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho**

Nesta pesquisa, pense em sua “unidade” como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Qual é a sua principal área ou unidade neste hospital? Selecione UMA resposta.

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Diversas unidades do hospital/Nenhuma unidade específica | <input type="checkbox"/> h. Psiquiatria/saúde mental            |
| <input type="checkbox"/> b. Clínica (não cirúrgica)                                  | <input type="checkbox"/> i. Reabilitação                        |
| <input type="checkbox"/> c. Cirurgia   | <input type="checkbox"/> j. Farmácia                            |
| <input type="checkbox"/> d. Obstetrícia  | <input type="checkbox"/> k. Laboratório                         |
| <input type="checkbox"/> e. Pediatria  | <input type="checkbox"/> l. Radiologia                          |
| <input type="checkbox"/> f. Setor de Emergência                                      | <input type="checkbox"/> m. Anestesiologia                      |
| <input type="checkbox"/> g. Unidade de terapia intensiva (qualquer tipo)             | <input type="checkbox"/> n. Outra, por favor, especifique:..... |

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho.

| Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...  | Discordo totalmente        | Discordo                   | Não Concordo nem Discordo  | Concordo                   | Concordo totalmente        |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

|   |                            |                            |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a segurança do paciente   |                            |                            |                            |                            |                            |
| 7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 10. É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem por aqui                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam                                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema                | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

|  |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| paciente, avaliamos a efetividade  |                            |                            |                            |                            |                            |
| 14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

### **SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe**

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

| Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital   | Discordo totalmente        | Discordo                   | Não Concordo nem Discordo  | Concordo                   | Concordo totalmente        |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente                                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4.O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

## SEÇÃO C: Comunicação

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

| Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...   | Nunca                      | Raramente                  | Às vezes                   | Quase sempre               | Sempre                     |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações                                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

|   |                            |                            |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| dos seus superiores   |                            |                            |                            |                            |                            |
| 5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente                              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

### **SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados**

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros, enganos ou falhas seguintes, com que frequência eles são relatados?

| Pense na sua área/unidade no hospital  | Nunca                      | Raramente                  | Às Vezes                   | Quase sempre               | Sempre                     |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

|  |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

### **SECÃO E: Nota da segurança do paciente**

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

                                                                                         
A                              B                              C                              D                              E  
Excelente                  Muito boa                  Regular                  Ruim                  Muito Ruim

### **SECÃO F: O seu hospital**

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

| Pense no seu hospital...   | Discordo totalmente        | Discordo                   | Não Concordo nem Discordo  | Concordo                   | Concordo totalmente        |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

|  |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| segurança do paciente  |                            |                            |                            |                            |                            |
| 2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

|  |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| outras unidades do hospital  |                            |                            |                            |                            |                            |
| 7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

## **SECÃO G: Número de eventos relatados**

Nos últimos 12 meses, quantos relatórios de eventos você preencheu e apresentou?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Nenhum relatório | <input type="checkbox"/> d. 6 a 10 relatórios     |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 2 relatórios | <input type="checkbox"/> e. 11 a 20 relatórios    |
| <input type="checkbox"/> c. 3 a 5 relatórios | <input type="checkbox"/> f. 21 relatórios ou mais |

## **SECÃO H: Informações gerais**

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

**1.** Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d. 11 a 15 anos    |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 5 anos     | <input type="checkbox"/> e. 16 a 20 anos    |
| <input type="checkbox"/> c. 6 a 10 anos    | <input type="checkbox"/> f. 21 anos ou mais |

**2.** Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d. 11 a 15 anos    |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 5 anos     | <input type="checkbox"/> e. 16 a 20 anos    |
| <input type="checkbox"/> c. 6 a 10 anos    | <input type="checkbox"/> f. 21 anos ou mais |

**3.** Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 20 horas por semana | <input type="checkbox"/> d. 60 a 79 horas por semana     |
| <input type="checkbox"/> b. 20 a 39 horas por semana     | <input type="checkbox"/> e. 80 a 99 horas por semana     |
| <input type="checkbox"/> c. 40 a 59 horas por semana     | <input type="checkbox"/> f. 100 horas por semana ou mais |

**4.** Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

- a. Enfermeiro
- b. Técnico em Enfermagem
- c. Auxiliar em Enfermagem

5. No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?

- a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.
- b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

6. Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? \_\_\_\_\_ anos

7. Qual o seu grau de instrução:

- a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto
- b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo
- c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto
- d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo
- e. Ensino Superior Incompleto
- f. Ensino Superior Completo
- g. Pós-graduação (Nível Especialização)
- h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)

8. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

9. Indique o seu sexo:

- a. Feminino
- b. Masculino

### **SECÃO I: Seus comentários**

Por favor, sinte-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos no seu hospital. (Por favor, utilize o verso).

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

ANEXO 2- Adaptação transcultural do HSOPSC. Instrumento validado por Reis (2013), para o contexto hospitalar brasileiro (Instrumento adaptado).

### **Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC)**

Esta pesquisa solicita sua opinião sobre segurança do paciente, erros associados ao cuidado de saúde e relato de eventos em seu hospital.

#### **SEÇÃO A: Sua área/unidade de trabalho**

Nesta pesquisa, pense em sua “unidade” como a área de trabalho, departamento ou área clínica do hospital onde você passa a maior parte do seu tempo de trabalho ou na qual presta a maior parte dos seus serviços clínicos.

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre a sua área/unidade de trabalho (Emergência Pediátrica).

| Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital...  | Discordo totalmente        | Discordo                   | Não Concordo nem Discordo  | Concordo                   | Concordo totalmente        |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

|   |                            |                            |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 7. Utilizamos mais profissionais temporários /terceirizados <sup>1</sup> do que seria desejável para o cuidado do paciente                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

---

<sup>1</sup> Pessoas contratadas para o serviço direto com o paciente

|   |                            |                            |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 8. Os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas neste setor                         | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 10. É apenas por acaso, que erros, enganos ou falhas mais graves não acontecem neste setor      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 12. Quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

|  |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 14. Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 16. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 17. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

## **SEÇÃO B: O seu supervisor/chefe**

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com relação às seguintes afirmações sobre o seu supervisor/chefe imediato ou pessoa a quem você se reporta diretamente.

| Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...   | Discordo totalmente        | Discordo                   | Não Concordo nem Discordo  | Concordo                   | Concordo totalmente        |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente                                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

|  |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| que isso signifique “pular etapas”   |                            |                            |                            |                            |                            |
| 4. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

### **SECÃO C: Comunicação**

Com que frequência as situações abaixo ocorrem na sua área/unidade de trabalho?

| Pense na sua área/unidade de trabalho no hospital ...   | Nunca                      | Rara mente                 | Às vezes                   | Quase sempre               | Sempre                     |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos adversos  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Nós somos informados sobre os  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

|   |                            |                            |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| erros que acontecem nesta unidade   |                            |                            |                            |                            |                            |
| 4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

### **SEÇÃO D: Frequência de eventos relatados**

Na sua área/unidade de trabalho no hospital, quando ocorrem os erros, enganos ou falhas seguintes, com que frequência eles são relatados?

| Pense na sua área/unidade no hospital  | Nunca                      | Raramente                  | Às vezes                   | Quase sempre               | Sempre                     |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

|  |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Quando ocorre erro, engano ou falha que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

### **SECÃO E: Nota da segurança do paciente**

Por favor, avalie a segurança do paciente na sua área/unidade de trabalho no hospital.

                                                                                         
A                              B                              C                              D                              E  
Excelente              Muito boa              Regular              Ruim              Muito Ruim

### **SECÃO F: O seu hospital**

Por favor, indique a sua concordância ou discordância com as seguintes afirmações sobre o seu hospital.

| Pense no seu hospital...   | Disco<br>rdo<br>totalm<br>ente | Disco<br>rdo               | Não<br>Concord<br>o nem<br>Discordo | Concor<br>do               | Concor<br>do<br>totalmen<br>te |
|--|--------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente | <input type="checkbox"/> 1     | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3          | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5     |
| 2. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si                              | <input type="checkbox"/> 1     | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3          | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5     |

|  |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 3. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra                               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 7. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade                               | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

|   |                            |                            |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| quando ocorre algum evento adverso  |                            |                            |                            |                            |                            |
| 10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

### **SECÃO G: Número de eventos adversos relatados**

Nos últimos 12 meses, quantos eventos adversos você relatou?

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> a. Nenhum | <input type="checkbox"/> d. 6 a 10     |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 2  | <input type="checkbox"/> e. 11 a 20    |
| <input type="checkbox"/> c. 3 a 5  | <input type="checkbox"/> f. 21 ou mais |

### **SECÃO H: Informações gerais**

As informações a seguir contribuirão para a análise dos resultados da pesquisa.

**1.** Há quanto tempo você trabalha neste hospital?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d. 11 a 15 anos    |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 5 anos     | <input type="checkbox"/> e. 16 a 20 anos    |
| <input type="checkbox"/> c. 6 a 10 anos    | <input type="checkbox"/> f. 21 anos ou mais |

**2.** Há quanto tempo você trabalha na sua atual área/unidade do hospital?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> d. 11 a 15 anos    |
| <input type="checkbox"/> b. 1 a 5 anos     | <input type="checkbox"/> e. 16 a 20 anos    |
| <input type="checkbox"/> c. 6 a 10 anos    | <input type="checkbox"/> f. 21 anos ou mais |

**3.** Normalmente, quantas horas por semana você trabalha neste hospital?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 20 horas por semana | <input type="checkbox"/> d. 60 a 79 horas por semana |
|--|--|

- b. 20 a 39 horas por semana       e. 80 a 99 horas por semana  
semana  
 c. 40 a 59 horas por semana       f. 100 horas por semana  
ou mais

**4.** Qual é o seu cargo/função neste hospital? Selecione UMA resposta que melhor descreva a sua posição pessoal.

- a. Enfermeiro  
 b. Técnico em Enfermagem  
 c. Auxiliar em Enfermagem

**5.** No seu cargo/função, em geral você tem interação ou contato direto com os pacientes?

- a. SIM, em geral tenho interação ou contato direto com os pacientes.  
 b. NÃO, em geral NÃO tenho interação ou contato direto com os pacientes.

**6.** Há quanto tempo você trabalha na sua especialidade ou profissão atual? \_\_\_\_\_ anos

**7.** Qual o seu grau de instrução:

- a. Primeiro grau (Ensino Básico) Incompleto  
 b. Primeiro grau (Ensino Básico) Completo  
 c. Segundo grau (Ensino Médio) Incompleto  
 d. Segundo grau (Ensino Médio) Completo  
 e. Ensino Superior Incompleto  
 f. Ensino Superior Completo  
 g. Pós-graduação (Nível Especialização)  
 h. Pós-graduação (Nível Mestrado ou Doutorado)

**8.** Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

**9.** Indique o seu sexo:  a. Feminino       b. Masculino

## **SEÇÃO I: Seus comentários**

Por favor, sinta-se à vontade para escrever qualquer comentário sobre segurança de paciente, erro ou relato de eventos adversos do seu hospital. (Se o espaço abaixo não for suficiente por favor, utilize o verso).

Obrigado por você completar este questionário e participar desta pesquisa.

## ANEXO 3- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL INFANTIL JOANA  
DE GUSMÃO/ SES -SC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: perspectiva da Equipe de Enfermagem

**Pesquisador:** Patrícia Kuerten Rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 35231514.1.0000.5361

**Instituição Proponente:** Hospital Infantil Joana de Gusmão/ SES - SC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 92.343

**Data da Relatoria:** 09/10/2014

### Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado de Taise Rocha Macedo sob orientação Patrícia Kuerten Rocha da UFSC que pretende identificar a CULTURA DA SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA na perspectiva da Equipe de Enfermagem.

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152 **Bairro:** Agrônômica **CEP:** 88.025-301  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS **Telefone:** (48)3251-9092 **Fax:**  
(48)3251-9092 **E-mail:** cephijg@saude.sc.gov.br

# HOSPITAL INFANTIL DE GUSMÃO/ SES -



Continuação do Parecer: 792.343

## **Objetivo da Pesquisa:**

Identificar a cultura de segurança do paciente em emergências pediátricas na perspectiva da equipe de enfermagem de Hospitais Públicos da Grande Florianópolis, por meio do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture.

## **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos de ordem psicológica, devido as recordações de situações difíceis e dolorosa. Como benefício será verificado como ocorre a cultura de segurança do paciente neste contexto de assistência hospitalar, tendo assim a oportunidade de se aprimorar ou mudar esta realidade, sendo este um fator primordial para uma assistência segura.

## **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de natureza quantitativa que avaliará a cultura da segurança do paciente dos profissionais de saúde em 3 Unidades de Emergência Pediátrica a partir do instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC).

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

Adequados.

## **Recomendações:**

Não há.

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

Aprovação.

## **Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152 **Bairro:** Agrônômica **CEP:** 88.025-301  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS **Telefone:** (48)3251-9092 **Fax:**  
(48)3251-9092 **E-mail:** cephihg@saude.sc.gov.br

# HOSPITAL INFANTIL DE GUSMÃO/ SES -



Continuação do Parecer: 792.343

## **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

## **Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, XI.2, item d, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Assim sendo, o(a) pesquisador(a) deve enviar relatórios parciais semestrais da pesquisa ao CEP (a partir de março/2015) e relatório final quando do seu encerramento.

Um modelo deste relatório está disponibilizado no site <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/cep/deveresdopesquisador.htm>

FLORIANOPOLIS, 15 de Setembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Jucélia Maria Guedert**

**Endereço:** Rui Barbosa, nº 152 **Bairro:** Agronômica **CEP:** 88.025-301  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS **Telefone:** (48)3251-9092 **Fax:**  
(48)3251-9092 **E-mail:** cephijg@saude.sc.gov.br

