

PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM QUANTO AOS DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NO CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE PEDIÁTRICO

PERCEPTION OF NURSING REGARDING CHALLENGES AND STRATEGIES IN THE CONTEXT OF PEDIATRIC PATIENT SAFETY

PERCEPCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE LOS RETOS Y ESTRATEGIAS EN EL CONTEXTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

✉ Anna Caroline Leite Costa¹

✉ Daniela Cristina Zica Silva¹

✉ Allana dos Reis Correa¹

✉ Juliana de Oliveira Marcatto¹

✉ Patrícia Kuerten Rocha²

✉ Fernanda Penido Matozinhos¹

✉ Bruna Figueiredo Manzo¹

¹ Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Escola de Enfermagem - Belo Horizonte, MG - Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Enfermagem. Florianópolis, SC - Brasil.

Autor Correspondente: Anna Caroline Leite Costa
E-mail: anna.leitebh@gmail.com

Contribuições dos autores:

Coleta de Dados: Allana R. Correa, Bruna F. Manzo; Conceitualização: Bruna F. Manzo; Gerenciamento de Recursos: Bruna F. Manzo; Gerenciamento do Projeto: Bruna F. Manzo; Investigação: Allana R. Correa; Metodologia: Bruna F. Manzo; Redação - Preparação do Original: Anna C. L. Costa, Allana R. Correa; Bruna F. Manzo; Redação - Revisão e Edição: Anna C. L. Costa, Daniela C. Z. Silva, Allana R. Correa, Juliana O. Marcatto, Patrícia K. Rocha, Fernanda P. Matozinhos, Bruna F. Manzo; Supervisão: Allana R. Correa, Fernanda P. Matozinhos, Bruna F. Manzo; Validação: Anna C. L. Costa, Daniela C. Z. Silva, Juliana O. Marcatto, Patrícia K. Rocha; Visualização: Anna C. L. Costa, Daniela C. Z. Silva, Juliana O. Marcatto, Patrícia K. Rocha, Fernanda P. Matozinhos, Bruna F. Manzo.

Fomento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG. APQ-02531-17.

Submetido em: 05/04/2020

Aprovado em: 08/10/2020

Editor(es) Responsável:

✉ Luciana Regina Ferreira Pereira da Mata

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção da equipe de Enfermagem quanto aos desafios e estratégias vivenciados em relação à segurança do paciente pediátrico. Métodos: estudo qualitativo, exploratório, realizado com 16 profissionais de Enfermagem que atuam em uma unidade de terapia intensiva pediátrica de um hospital público de Minas Gerais, Brasil. Os dados foram coletados por meio entrevistas semiestruturadas e submetidos à análise temática, utilizando interacionismo simbólico como referencial teórico. Resultados: os achados foram divididos em duas categorias: "desafios vivenciados pela equipe de Enfermagem para o alcance da segurança do paciente" e "estratégias utilizadas para garantia da segurança do paciente". A percepção da equipe de Enfermagem abrange aspectos que perpassam desde a falta de alinhamento em relação ao conhecimento sobre a temática da segurança do paciente até a dificuldade em reconhecer os riscos, problemas na notificação do evento adverso, sobrecarga de trabalho e falta de rotina no serviço. Observou-se, porém, que os profissionais fizeram proposições e reconheceram a necessidade de investimento em estratégias relevantes para o aprimoramento da segurança do paciente que até o momento não foram efetivadas. Conclusão: os desafios vivenciados precisam ser avaliados pelos profissionais e gestores em busca de planejamento e execução de estratégias mais efetivas na busca de melhoria da segurança dos pacientes pediátricos, o que inclui o investimento na capacitação de profissionais e estímulo ao envolvimento de familiares.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Criança Hospitalizada; Equipe de Enfermagem; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

Objective: to understand the perception of the Nursing team regarding the challenges and strategies experienced in relation to pediatric patient safety. Methods: qualitative, exploratory study, conducted with 16 Nursing professionals who work in a pediatric intensive care unit of a public hospital in Minas Gerais, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews and submitted to thematic analysis, using symbolic interactionism as a theoretical framework. Results: the findings were divided into two categories: "challenges experienced by the Nursing team to achieve patient safety" and "strategies used to ensure patient safety". The perception of the Nursing team encompasses aspects that range from the lack of alignment in relation to the knowledge on the subject of patient safety to the difficulty in recognizing the risks, problems in the notification of the adverse event,

Como citar este artigo:

Costa ACL, Silva DCZ, Correa AR, Marcatto JO, Rocha PK, Matozinhos FP, Manzo BF. Percepção da Enfermagem quanto aos desafios e estratégias no contexto da segurança do paciente pediátrico. REME - Rev Min Enferm. 2020[citado em ____];24:e-1345. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415.2762.20200082

work overload and lack of routine in the service. However, it was observed that the professionals made propositions and recognized the need to invest in relevant strategies to improve patient safety that have not been implemented so far. Conclusion: the challenges experienced need to be evaluated by professionals and managers in search of planning and execution of more effective strategies in the search for improving the safety of pediatric patients, which includes investment in training professionals and encouraging the involvement of family members.

Keywords: Patient Safety; Intensive Care Units, Pediatric; Child, Hospitalized; Nursing, Team; Pediatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: comprender la percepción del personal de enfermería sobre los desafíos y estrategias relacionados con la seguridad del paciente pediátrico. Métodos: estudio exploratorio cualitativo llevado a cabo con 16 profesionales de enfermería de cuidados intensivos pediátricos de un hospital público de Minas Gerais, Brasil. La recogida de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas; para el análisis de los datos se utilizó el análisis temático; el interaccionismo simbólico se utilizó como marco teórico. Resultados: los resultados se dividieron en dos categorías: "desafíos del personal de enfermería para la seguridad del paciente" y "estrategias para garantizar la seguridad del paciente". La percepción del personal de enfermería engloba aspectos desde la ausencia de consenso en relación al conocimiento sobre el tema seguridad del paciente hasta la dificultad para reconocer los riesgos, problemas en la notificación del evento adverso, sobrecarga de trabajo y falta de rutina en los servicios. Sin embargo, se observó que el personal presentó propuestas y reconoció la necesidad de invertir en estrategias relevantes para mejorar la seguridad del paciente, medidas no implementadas hasta ahora. Conclusión: los retos deben ser evaluados por profesionales y gestores con miras a la planificación y ejecución de estrategias más efectivas para la seguridad del paciente pediátrico, concapacitación de profesionales y estímulo a la participación de los familiares.

Palabras clave: Seguridad del Paciente; Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico; Niño Hospitalizado; Grupo de Enfermería; Enfermería Pediátrica.

INTRODUÇÃO

No ano 2000, foi publicado o relatório “To Err is Human: Building a Safer Health Care System”, revelando que os pacientes estão expostos a riscos que podem interferir na sua segurança, acarretando erros e danos à saúde. Esse relatório, então, deu início a um movimento em nível mundial em busca da segurança do paciente.^{1,2}

A segurança do paciente é um tema que vem sendo abordado sistematicamente pela Agência Nacional de

Vigilância Sanitária (ANVISA) desde 2004, tendo sido reforçado com a publicação das diretrizes constituídas no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), em 2013.³ O PNSP objetiva cooperar para a qualidade do cuidado em saúde em todos os serviços de saúde, por meio de um conjunto de medidas de prevenção e redução da ocorrência de incidentes nos serviços de saúde.²

Algumas estratégias foram adotadas em nível mundial no sentido de melhorar o cenário da segurança em serviços de saúde, tais como a implementação da Portaria nº 529, que aprofundou as discussões sobre a temática no país, assim como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36 da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que instituiu diretrizes e ações específicas para a qualidade nos serviços de saúde e promoção da segurança do paciente.^{3,4}

Destaca-se, ainda, a criação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) em 2008 como estratégia de vinculação, cooperação e sinergia entre pessoas e instituições preocupadas com o aperfeiçoamento conjunto dos cuidados de saúde, gestão, pesquisa, informação e educação em segurança do paciente.⁵

Entende-se por segurança do paciente uma estratégia que visa reduzir ao mínimo aceitável o risco de dano desnecessário relacionado ao cuidado de saúde. Nessa direção, os eventos adversos são definidos como complicações indesejáveis decorrentes dos cuidados prestados ao paciente, não atribuídas à evolução natural da doença.²

Atualmente, evitar os eventos adversos (EAs) constitui um dos maiores desafios para o aprimoramento da segurança na assistência em saúde.⁶ Em âmbito internacional, a frequência desses eventos tem provocado discussões devido ao seu impacto nas taxas de morbimortalidade, prolongamento do tempo de hospitalização e elevação dos custos assistenciais.⁶ Estudos nacionais mostraram prevalência de 20 a 46% de EAs em pacientes hospitalizados.^{7,8} Estudo americano mostrou que entre 3.790 registros os revisores identificaram 414 EAs (19,1 EAs por 1.000 pacientes-dia) e 210 EAs evitáveis (9,5 EAs por 1.000 pacientes-dia). Em média, os hospitais de ensino apresentaram taxas mais elevadas de EA quando comparados com os outros hospitais.⁷

A segurança do paciente tem sido uma preocupação no cuidado em saúde em diversas áreas e especialmente em unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP).^{7,8} A criança criticamente enferma demanda uma série de intervenções necessárias à manutenção de suas condições clínicas. Essa exposição aumentada associada às especificidades relacionadas à menor superfície corpórea, composição

corporal e imaturidade sistêmica de órgãos e tecidos torna esse grupo predisposto ao aumento das chances de sofrer algum tipo de evento adverso.^{6,7}

Estudo que buscou traçar o perfil das notificações ocorridas na unidade pediátrica de um hospital público universitário do Sul do país, identificou 40 notificações no ano, sendo 32% de categoria leve, 55% moderada, 5% grave e 8%, devido a fatores não relacionados à assistência. Quanto ao tipo dos incidentes, os dados evidenciaram que a maior parte deles (40%) estava associada a medicações, seguidas de alergia causada por pulseiras de identificação e risco de quedas (22%).⁹ Estudo retrospectivo realizado em unidades de terapia intensiva pediátrica nos Estados Unidos analisou 3.790 registros, sendo identificados 414 EAs (19,1 EAs por 1.000 pacientes-dia) e 210 EAs evitáveis (9,5 EAs por 1.000 pacientes-dia).¹⁰

Apesar dos avanços no âmbito da segurança do paciente, o erro geralmente envolve profissionais de saúde, especialmente a equipe de Enfermagem, por desempenharem a maior parte das ações assistenciais e por estarem envolvidos com práticas de cuidado por períodos prolongados, sendo, portanto, mais expostos.^{7,11} Nesse contexto, a atuação da equipe de Enfermagem é fundamental para a identificação de situações de risco, podendo contribuir com a redução de eventos adversos por meio de planejamento e execução de práticas seguras.¹¹

Diversos autores abordam a segurança do paciente pediátrico, especialmente no que se refere à prevenção de eventos adversos^{7,11}, no entanto, são escassas as pesquisas que discutem os desafios e estratégias vivenciadas pelas equipes de Enfermagem no contexto da Pediatria. Diante do exposto apresentado, surgiu o seguinte questionamento: qual é a compreensão da equipe de Enfermagem quanto aos desafios e estratégias vivenciados em relação à segurança do paciente pediátrico?

Os nossos achados podem ser uma oportunidade de desvelar o cenário de prática da equipe de Enfermagem no tocante à segurança do paciente no cenário da Pediatria, em busca de elementos que subsidiem discussões e norteiem o plano e a implementação de ações efetivas e seguras quanto ao cuidado do paciente pediátrico. A equipe de Enfermagem encontra-se em posição singular, uma vez que tema capacidade de elaborar e implementar estratégias simples e efetivas por meio do seguimento de protocolos específicos, associados à utilização de barreiras de segurança e à educação permanente.¹¹

Diante dos riscos que permeiam o cuidado do paciente pediátrico na UTIP, bem como da oportunidade da equipe de Enfermagem de participar ativamente da segurança do

paciente, esta pesquisa teve como objetivo compreender as percepções da equipe de Enfermagem quanto aos desafios e estratégias vivenciados em relação à segurança do paciente pediátrico.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, exploratório e descritivo, voltado para a compreensão do significado que o sujeito atribui ao objetivo do estudo, que nesse caso foi a segurança do paciente. Dessa forma, baseou-se no referencial teórico metodológico interacionismo simbólico, visto que os significados são instituídos no cotidiano dos autores sociais por conta da interação entre eles e mediante ações, símbolos e palavras que transmitem sentido aos envolvidos.¹²

Esta pesquisa foi desenvolvida na UTIP de um hospital público geral de ensino e pesquisa situado em Minas Gerais, Brasil, referência estadual na atenção à saúde da criança e que oferta atendimento via Sistema Único de Saúde. Diversas ações que visam à melhoria da segurança do paciente têm sido desenvolvidas na unidade de estudo, com o intuito de oferecer apoio na construção e monitoramento de projetos sobre a segurança do paciente e gerenciamento de risco.

A unidade possui 10 leitos e conta com uma equipe de Enfermagem composta de seis enfermeiros e 20 técnicos de Enfermagem. A UTIP atende crianças criticamente enfermas, com idades entre zero e 14 anos, com diagnósticos clínicos e cirúrgicos e apresenta ocupação mensal que varia entre 80 e 90%.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais utilizando um roteiro semiestruturado e foram conduzidas por uma das pesquisadoras no período de agosto a setembro de 2018. Todos os profissionais foram convidados a participar da pesquisa de forma presencial. Aqueles que sinalizaram o aceite participaram da entrevista em espaço reservado no local e horário de trabalho do participante após assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi realizada com 16 colaboradores da equipe de Enfermagem, sendo seis enfermeiros e 10 técnicos de Enfermagem que prestavam assistência direta às crianças e suas famílias e que estavam no serviço há mais de três meses. Em relação aos técnicos de Enfermagem, foram excluídos aqueles que se encontravam em período de férias ou licenças. Todos os enfermeiros concordaram em participar da pesquisa após o convite das pesquisadoras.

O roteiro da entrevista foi composto de quatro questões: como você percebe a segurança do paciente nesse serviço? Como você percebe o envolvimento dos

profissionais e gestores em relação à segurança do paciente? Quais são os desafios e estratégias em prol da segurança do paciente vivenciado pela equipe desse serviço? Relate uma situação que tenha presenciado que exemplifique as ações da equipe em busca da segurança do paciente. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Para manter o anonimato, os fragmentos de cada profissional entrevistado apareceram codificados pelas letras E (Enfermeiro) ou T (Técnico de Enfermagem), seguida de um número para representar a ordem de participação, de um a 16.

A coleta de dados foi interrompida quando os critérios de redundância e repetição das respostas foram atingidos,¹³ suspendendo a inclusão de novos participantes na 16^a entrevista. Ressalta-se que não houve recusas dos profissionais em participar ou a solicitação de interrupção da participação.

Na análise dos dados foi adotada a técnica da análise temática de conteúdo proposta por Minayo.¹³ Procedeu-se à exploração do material por meio de leitura com profundidade e, posteriormente, foi realizado o tratamento e interpretação dos resultados, que consistiu em um momento da reflexão crítica destes com a finalidade de compreender a percepção dos participantes, além de realizar interpretações e compará-los com outros achados da literatura relacionados ao referencial de segurança do paciente.

Os preceitos éticos descritos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição sob parecer número 1.363.357e CAAE: 42537115.5.0000.5129.

RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 16 colaboradores da equipe de Enfermagem, sendo 10 técnicos de Enfermagem e seis enfermeiros. Todos os participantes eram do sexo feminino, com faixa etária dos 28 aos 54 anos. Das 10 técnicas de Enfermagem, a formação profissional de duas era o curso superior de Enfermagem, apesar de atuarem como profissional de nível médio. Entre as enfermeiras, quatro possuíam especialização. E a maioria tinha entre cinco e 10 anos na instituição, todos com vínculo estatutário.

Após análise dos dados seguiram-se as recomendações da abordagem qualitativa na perspectiva do interacionismo simbólico. Os autores identificaram e interpretaram

os significados atribuídos à segurança do paciente na perspectiva da equipe de Enfermagem.

Assim, essas unidades de sentido originaram as seguintes categorias: "desafios vivenciados pela equipe de Enfermagem para o alcance da segurança do paciente" e "estratégias utilizadas para garantia da segurança do paciente".

Desafios vivenciados pela equipe de Enfermagem para o alcance da segurança do paciente

Por meio das entrevistas realizadas percebeu-se que um dos grandes desafios enfrentados pela equipe de Enfermagem foi a falta de alinhamento em relação ao conhecimento sobre a temática da segurança do paciente, aspecto que pode comprometer a consolidação da cultura de segurança e a operacionalização do cuidado seguro. Observa-se que esse significado pode decorrer em função de uma instituição que não tem a cultura de segurança consolidada entre os profissionais, o que influencia no investimento da prática segura, como foi mencionado por um participante.

[...] É qualquer coisa que fazemos para evitar evento adverso (T5).

[...] Fazemos tudo para evitar o evento adverso (E2).

[...] É você cuidar bem do paciente e não errar (T6).

[...] Nem todo mundo aqui sabe ao certo o que comprehende a segurança do paciente e o que deve ser feito. Talvez a instituição não investe muito nisso (E3).

[...] Grande parte da equipe não preocupa com as metas de segurança, talvez nem saibam sobre elas (E4).

Entre os aspectos significativos para a segurança do paciente está o reconhecimento dos profissionais sobre a importância de buscar conhecimentos e a compreensão da relevância da interação social da equipe em busca do cuidado integral pautado em práticas seguras. Ademais, os participantes acentuaram a dificuldade em garantir a segurança do paciente durante a assistência, já que a possibilidade de erro é constante. Expressaram-se ainda

sobre a importância do fortalecimento da cultura de segurança para o alcance de práticas mais seguras.

[...] Difícil manter atenção 100%, todo mundo erra uma hora, quanto menos espera (T3).

[...] Precisamos trabalhar juntos, em equipe para um alertar o outro do erro. A cultura de segurança precisa estar forte entre nós. Todo mundo precisa entender sobre a segurança (E1).

[...] Quando buscamos mais conhecimento, discutimos os casos e nos avaliamos, isso traz informação que ajuda a segurança do paciente (E3).

A equipe também expôs a dificuldade em identificar situações de risco que predispõem à ocorrência do evento adverso, às formas de prevenção dos erros e demonstrou dúvida em relação ao reconhecimento do evento adverso.

[...] O erro às vezes pode não ser percebido pela equipe no momento necessário. Quando o evento não é identificado fica difícil agir (E3).

[...] Tem erros que ocorrem e que nem ficamos sabendo. Precisamos pensar também na prevenção e no reconhecimento do risco (T7).

Os profissionais relataram problemas quanto à execução de múltiplas jornadas de trabalho, falta de rotina ou protocolo, sobrecarga de trabalho e cansaço excessivo, aspectos que, na percepção deles, podem ser empecilhos para que a equipe mantenha as barreiras de proteção contra a ocorrência de eventos adversos.

[...] A sobrecarga do trabalho e o excesso de carga horária fazem a gente errar mais (T7).

[...] O erro pode vir pela falta de atenção, pela sobrecarga de trabalho, falta de rotina (E4).

Dificuldades institucionais também foram citadas como desafios, tais como: quantidade reduzida de profissionais de Enfermagem, escassez de diálogo entre gestores e profissionais, falta de planejamento da assistência e fragilidade na educação permanente, elementos claramente descritos na literatura como determinantes para a prevenção de eventos adversos.

[...] Falta de pessoal, falta de treinamento para todos, falta de experiência (E1).

[...] Uma escala de pessoas insuficiente, falta de treinamento da equipe, tudo isso pode acarretar em eventos adversos (T5).

[...] Percebo que os gestores conversam ou discutem pouco com os profissionais. Eles precisam estar mais junto de nós (E4).

[...] nem sempre o treinamento atinge um objetivo que queremos. Acho que eles precisam mudar (E5).

O maior tempo de internação do paciente na unidade foi mencionado como maior fator de risco para a ocorrência de eventos adversos e, consequentemente, ruptura da segurança, visto que habitualmente no setor a equipe memoriza os cuidados e a prescrição, deixando de consultá-la, antes de realização da atividade assistencial.

[...] Maior tempo do paciente na unidade eleva a chance de eventos adversos (E4).

[...] Nós fazemos tanto a mesma coisa e que quando muda, não percebemos (T3).

Profissionais ainda reforçaram que a ausência de um sistema de notificação de eventos adversos no setor dificulta a identificação da causa do problema, compromete a adoção de ações de reestruturação do processo de trabalho e dificulta a análise dos erros cometidos. Assim, a equipe reconhece a simbologia atribuída à punição na constatação do erro e não identifica as oportunidades de melhoria advindas da experiência vivenciada.

[...] Antigamente, a gente tinha até uma planilha, onde a gente marcava os eventos adversos, e aí a gente reunia, discutia e agora não (E4).

[...] O livro de evento adverso aqui no setor acabou se tornando mais um livro de entregar um funcionário. E não para solucionar um problema (T2).

Como o erro ainda é visto como punição, alguns profissionais disseram que não se sentem à vontade em relatar os incidentes, o que resulta na omissão e ocultação de eventos adversos entre os envolvidos.

[...] Depende da minha chefia. Se for uma chefia que dá suporte para solucionar o problema e dá um respaldo psicológico para o funcionário que está sofrendo o evento adverso, vai ser trabalhado de uma forma que auxilia a gente. Aí é relatado (T10).

[...] Mas ainda na equipe tem algumas pessoas que não pode ficar sabendo que aconteceu alguma coisa errada (T5).

Estratégias utilizadas para a garantia da segurança do paciente

Os entrevistados destacaram suas crenças sobre a inclusão de métodos estruturados para apresentar e transferir informações do paciente. De acordo com eles, essa estratégia fornece elementos para a comunicação segura entre os profissionais no que diz respeito à situação e à condição do paciente, especialmente na passagem de plantão. Comentam, porém, que essa iniciativa está incipiente e não foi consolidada até o momento.

[...] Comunicar bem e de forma sistematizada é a chave para segurança. Fala de como está o paciente (E2).

[...] Precisamos melhorar nossa comunicação, nossa passagem de plantão. Isso é muito importante para evitar erros. Estamos tentando usar o SBAR, não sei se vamos conseguir. Muitos são resistentes e não querem aprender (T7).

O enfermeiro foi reconhecido pelo técnico de Enfermagem como alguém a quem ele pode comunicar possíveis situações de risco ou obter a resolução de possíveis problemas. Além disso, pode ser responsável por fazer os membros da equipe refletir quanto à importância do registro, notificação e sobre a necessidade de comprometimento no processo de trabalho em busca da segurança do paciente.

[...] Eu chamo enfermeiro e comunico imediatamente, assim que eu detecto a possibilidade desse evento adverso acontecer. Ele também nos ajuda a notificar e registrar (T1).

[...] Você chega para pessoa, não uma postura de punir, mas de orientar, justamente para que ele não faça mais. Não devemos ver o erro como punição e sim como oportunidade de melhorar (E4).

[...] Eu chamo enfermeiro para ele me ajudar quando estou com dúvidas ou problemas (T5).

Os enfermeiros sublinharam a importância de aperfeiçoar o uso das listas de verificação (checklist) de leito que está em uso na unidade como estratégia de alcance da segurança do paciente, além da implantação de outros protocolos pautados em evidências científicas. Mas enfatizaram que essa prática não tem sido regularmente realizada por todos os profissionais.

[...] O checklist ajuda muito a segurança, ele ajuda a lembrar à equipe de coisas importantes. Pena que não é feito por todos (E5).

[...] Quando a equipe segue o protocolo pautado em evidências evita erros e cuidado fica mais seguro (E2).

Os profissionais salientaram a importância do processo de ensino, mesmo considerando que o treinamento em serviço e a educação continuada são estratégias pouco praticadas na unidade estudada. Reconheceram que um colaborador bem capacitado pode ser capaz de identificar precocemente sinais de complicações, e seu posicionamento diante da equipe pode colaborar em processos decisórios. O registro de um dos entrevistados demonstrou como sua percepção pode influenciar o processo decisório e a qualidade do cuidado prestado.

[...] Chega um aparelho novo, a equipe tem que ser capacitada (E8).

[...] Precisamos muito de treinamentos para buscar a segurança e aprender coisas novas. Um grupo mais capacitado gera mais segurança (E3).

[...] Gostei da experiência de discutir os casos dos pacientes e tentar melhorar o cuidado (E5).

Os entrevistados citaram, ainda, significados positivos em relação à presença da família auxiliando na detecção de erros e prevenção de ocorrência de eventos adversos. Na mesma direção, os participantes compreendem que a participação da família pode contribuir para a segurança do paciente, desde que seja bem orientada. Um entrevistado alertou que a equipe não se sente preparada para atuar e incluir os familiares no cuidado.

[...] Muita gente não gosta da família, mas penso que ela ajuda a gente perceber os erros antes que eles aconteçam. Já aconteceu de uma mãe me alertar que a medicação que eu estava fazendo não era a certa para o horário (E5).

[...] Precisamos incorporar os pais na busca pela segurança. Mas precisamos dar orientação (E2).

[...] Não sinto capacitado para ajudar o pai a contribuir para a segurança (E7).

DISCUSSÃO

Os achados sobre conhecimento da equipe de Enfermagem acerca da segurança do paciente ratificam outros estudos que revelam conhecimento superficial por parte da equipe de saúde, o que pode dificultar a busca pela mudança de comportamento e a promoção da cultura de segurança. O reconhecimento dos EAs e demais ocorrências também podem estar relacionados à cultura, crença e conhecimento dos profissionais acerca do problema, uma vez que alguns têm dificuldades em perceber o erro. Observa-se que esses significados sobre a segurança do paciente decorrem de conceitos adquiridos pelos profissionais no decorrer de sua carreira e que não foi explorado na instituição.

Essa situação evidencia a necessidade de planejar ações educativas para a capacitação desses profissionais quanto ao conceito, monitoramento e estratégias de promoção da segurança. Ademais, sugere-se que, apesar de a equipe afirmar que participa de capacitações, estas podem não estar sendo efetivas, o que implica a necessidade de repensar outras estratégias de oferta de conhecimento. A simulação clínica surge como estratégia importante e inovadora que visa consolidar e facilitar o processo de ensino-aprendizagem dos profissionais, melhorar a prestação de serviços de saúde, especialmente em áreas de cuidados intensivos. Algumas estratégias eficientes de avaliação de riscos dos pacientes são verificar a prontidão da situação, implementar novos protocolos, testar novos instrumentos, melhorar a comunicação e, também, aprender novos conceitos ou habilidades processuais.¹⁴

Experiências de educação permanente em saúde (EPS) com profissionais dos serviços, professores e estudantes podem adicionar valor ao cuidado seguro, ao passo que podem ajudar na incorporação de mudanças no processo do trabalho. Iniciativas de EPS fundamentadas em práticas problematizadoras alicerçadas em aprendizagens articuladas com o ambiente de serviço, compreendendo

a ação-reflexão-ação como norte, são fundamentais no aprendizado e nas relações do trabalho. O principal benefício dessas práticas nos serviços está relacionado ao diálogo aberto em rodas de conversa, constituídas por grupos de discussão com declarações positivas no que diz respeito ao comprometimento com o trabalho e fortalecimento da integração ensino-serviço, preparando o profissional para o desenvolvimento da capacidade crítica, inovadora e postura proativa.¹⁵

Houve, nesta investigação, o reconhecimento da dificuldade em perceber o erro no momento oportuno. Sabe-se que a análise do incidente deve acontecer a partir do momento em que ele ocorreu, sendo fundamental analisar os riscos aos quais as crianças estão expostas e planejar estratégias para evitar reincidências dos agravos.^{6,7} Autores salientam que os profissionais de Pediatria devem atuar como defensores das melhores práticas e políticas, com o objetivo de prevenir os riscos exclusivos das crianças, identificar e apoiar uma cultura de segurança e liderar esforços para eliminar danos evitáveis em qualquer ambiente em que os cuidados sejam prestados aos pacientes.¹⁶ Além disso, sugere-se que a análise das falhas deve fazer parte das rotinas dos “rounds” (reuniões multidisciplinares), dupla checagem e checklist como um dos alicerces para a implementação de um sistema de segurança e melhoria contínua.¹⁷

A escassez de recursos humanos e materiais e a sobrecarga de trabalho foram causas de erros citadas pela equipe de Enfermagem, corroborando outros estudos que referem que fatores relacionados a falta de preparo dos profissionais, formação acadêmica inadequada e desatenção contribuem para a ocorrência de erros. É importante destacar que o trabalhador é sujeito da sua própria ação e da sua relação com o meio, devendo, portanto, buscar as melhores condições de trabalho.^{7,8} É nesse contexto que o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, bem como a capacitação dos profissionais, deve ser considerado no processo de trabalho e, consequentemente, no planejamento e segurança da assistência.¹⁸ Destaca-se que para desenvolver sistemas de saúde seguros é necessário incluir tanto os profissionais da área assistencial como os da gerência, tendo em vista a necessidade de todos se responsabilizarem pela segurança do paciente.¹⁶

O maior tempo de permanência do paciente na unidade como fator potencializador do aumento da taxa de eventos adversos também foi expresso pelos profissionais. Estudo demonstra que os eventos adversos estavam associados ao aumento no tempo médio de permanência na unidade intensiva, de modo que uma longa permanência está

associada à redução da qualidade do cuidado prestado, podendo resultar em complicações para o paciente.⁹

Ademais, a gerência deve disponibilizar recursos e estrutura necessária para promover a segurança do paciente e considerar que ela é um elemento ajustado às metas financeiras e operacionais da instituição. Investir na construção de uma cultura de segurança do paciente na instituição, apesar de inicialmente parecer mais caro, tem impactos financeiros positivos, uma vez que resulta em menos complicações, menos tempo de internação e melhor experiência do paciente.¹⁶ Autores salientam que o processo de mudança da cultura institucional para a cultura de segurança decorre da necessidade de investimentos em iniciativas de educação continuada e permanente. Além disso, faz-se imprescindível sensibilizar e engajar desde a alta gestão aos colaboradores da linha de frente em busca de oferecer atenção segura e de qualidade.¹⁸

Outra questão abordada foi a ausência de registro de notificação de eventos adversos. Por meio dos registros de Enfermagem, os profissionais podem reconhecer e notificar o evento adverso, adotando medidas preventivas, possíveis correções, redução e/ou eliminação das ocorrências, acompanhando o desenvolvimento das ações implementadas para a melhoria da prática em saúde.^{6,7}

Quando um erro é evidenciado, é importante intervir para prevenir as possíveis complicações associadas. A comunicação do erro, assim que identificado, é uma ação relatada na literatura. Na equipe de Enfermagem, a comunicação do erro ao enfermeiro é uma das estratégias adotadas pelos técnicos de Enfermagem na busca de orientação e conduta. Essa atitude é relevante ao mostrar que esses profissionais, por meio dos depoimentos, reconhecem o enfermeiro como um profissional que tem habilidade técnica e científica para indicar soluções que vão resolver o problema.¹⁶⁻²⁰

A literatura referencia que a cultura de segurança não se concentra em falhas individuais, pois os eventos adversos dentro de organizações que lidam com alto risco raramente têm seus erros de processos causados no comportamento individual. As organizações de alta credibilidade reconhecem a variabilidade dos processos como uma variável constante e estão focadas em minimizar essa variabilidade e seus efeitos.^{7,11,16-19}

Os entrevistados realçaram que, dependendo da chefia, o erro não é relatado pelo medo da punição, o que possibilita inferir que esse pode ser um dos motivos da subnotificação nessa unidade. Dessa forma, os resultados indicam a necessidade de desenvolver uma cultura de segurança entre a equipe de Enfermagem no cenário pediátrico para que o evento adverso, como bem

fundamentado na literatura, seja visto como oportunidade de aprendizado, de aprimorar os processos de trabalho de forma conjunta, de sistematizar a tomada de decisões frente à ocorrência de um evento e de assegurar a qualidade da assistência oferecida.^{7,8,11,16}

A comunicação efetiva foi valorizada pelos entrevistados e também acentuada por outros autores que identificaram que a linguagem clara, estruturada e a utilização de diferentes técnicas de comunicação são fundamentais para a segurança do paciente.¹⁶⁻¹⁹

A estratégia denominada SBAR também foi citada em outras pesquisas como tática que fornece elementos para a comunicação entre os profissionais sobre a situação do paciente e permite que eles antecipem as próximas ações em prol da qualidade e segurança na assistência.¹⁵ Ademais, pesquisadores sugerem a técnica readback a fim de validar as informações transmitidas na passagem de plantão entre os turnos de trabalho em que o profissional anota a informação recebida e repete para a pessoa que a transmitiu, de modo a confirmar que a compreendeu corretamente.²⁰

Atrelado a essas iniciativas a literatura também apresenta os protocolos de comunicação estruturados, como briefing (antes) e debriefings (depois) da execução de determinados procedimentos, ações ou discussões de casos.²¹

Outra estratégia reportada foi a educação permanente em saúde, a qual estimula o compartilhamento de conhecimentos e experiências no cotidiano de trabalho. É importante a inclusão da temática segurança do paciente por meio de rodas de conversa, provocando os profissionais da saúde para uma reflexão sobre as suas práticas e condutas, além de promover mais integração das equipes em prol da criança hospitalizada.²⁰ Destaca-se que a educação permanente deve ser utilizada como ferramenta gerencial para melhorar o desempenho profissional, contribuindo para uma prática eficaz e segura, tornando-se um instrumento capaz de potencializar a comunicação e as relações interpessoais no trabalho da Enfermagem.^{12,14}

Um aspecto importante reportado pelos entrevistados é o simbolismo do envolvimento dos familiares na assistência a pacientes pediátricos. Quando o acompanhante entende a importância do cuidado prestado, ele se torna parceiro na garantia da segurança do paciente. Os familiares usualmente são receptivos para receber orientações e serem incluídos nos cuidados de seus filhos, colocando-se como barreiras para a prevenção de eventos adversos.^{7,23,24}

O envolvimento do paciente e da família no cuidado do paciente exige um composto de alterações nos sistemas de cuidados de saúde e nas expectativas de fornecedores

e consumidores.²³ Além de envolver pacientes e familiares em rondas centradas na família nas unidades, muitas instituições estão incentivando as famílias a relatar preocupações de segurança para melhorar a prevenção e a identificação de problemas. A centralização do paciente e da família desempenha papéis importantes na cultura de segurança, incluindo a consideração da cultura e idioma étnicos, bem como o nível de alfabetização em saúde.²³

A literatura sugere que existem vários momentos da internação em que a família poderia auxiliar na detecção precoce de incidentes, como na observação de medicações realizadas, na sinalização de possíveis alergias e vigilância da higiene das mãos dos profissionais, tornando-se agentes do controle de infecção, desde que bem orientadas e informadas.^{7-11,19} Nesse sentido, é recomendado, além da orientação verbal, o uso de cartilhas ilustradas auxiliando na compreensão das ações, além da técnica readback para validar as informações transmitidas ao pais ou acompanhantes.^{20,21}

Ainda sobre a participação dos acompanhantes e pacientes no contexto da segurança, há importantes considerações, como: a boa relação entre acompanhante, profissional da saúde e criança resulta em mais satisfação dos envolvidos; a dupla checagem entre pacientes/acompanhantes e profissionais promove mais segurança; e pacientes e acompanhantes devidamente orientados são promotores de sua segurança.²⁴

A dificuldade de alguns profissionais em lidar com a família é relatada em outras pesquisas, em decorrência da resistência da renúncia do cuidado. Mas esse desafio já vem sendo trabalhado no cotidiano assistencial, visando à inserção do familiar no cuidado à criança hospitalizada.²⁴ Esses autores evidenciaram, ainda, a necessidade de aperfeiçoar as técnicas de comunicação verbal e metodologias de orientação e educação de pacientes e familiares.

Há algumas limitações deste estudo no que diz respeito à falta de inclusão de outros profissionais da equipe multiprofissional, bem como o fato de a pesquisa se restringir ao espaço das vivências dos sujeitos envolvidos. Contudo, o estudo contribuiu para preencher uma lacuna da literatura quanto aos desafios e estratégias vivenciados pela equipe de Enfermagem em relação à segurança do paciente pediátrico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção da equipe de Enfermagem sobre os desafios no contexto da segurança do paciente abrange aspectos que perpassam desde a falta de alinhamento em

relação ao conhecimento sobre a temática da segurança do paciente até a dificuldade em reconhecer os riscos, problemas na notificação do evento adverso, sobrecarga de trabalho e falta de rotina no serviço. Mas mesmo com tantos desafios vivenciados, foram reconhecidas a importância e a necessidade de investimento em estratégias relevantes para o aprimoramento da segurança do paciente, tais como a comunicação efetiva por meio do SBAR, a incorporação de checklist e protocolos baseados em evidência científica, a demanda por educação continuada, o envolvimento dos gestores, engajamento na promoção de uma cultura de segurança e a identificação de possibilidades de envolvimento da família no cuidado. Denota-se que muitas estratégias citadas ainda estão no campo da experimentação e não foram efetivadas como mudança de prática.

Assim, os resultados reforçam a importância de sensibilizar e fornecer elementos aos profissionais e gestores para discussão, planejamento e elaboração de estratégias efetivas na promoção da segurança. Dessa forma, novas pesquisas são necessárias a fim de sustentar e monitorar essas ações a respeito da segurança dos pacientes pediátricos hospitalizados.

Como proposta de novas investigações recomendam-se avaliações em outros cenários de Pediatria em hospitais públicos e privados e, também, com os outros profissionais que compõem a equipe multidisciplinar.

REFERÊNCIAS

1. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, McKay T, Pike K. *To err is human*. Washington: Institute of Medicine (IOM), DC: National Academy Press; 2000[citado em 2019 jul. 14]. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>
2. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014[citado em 2019 jul. 02]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 1 de abr. de 2013[citado em 2019 jan. 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html5
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada. - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília. ANVISA; 2013[citado em 2019 jul. 10]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
5. Caldana G, Guirardello EB, Urbanetto JS, Peterlini MAS, Gabriel CS. Brazilian network for nursing and patient safety: challenges and perspectives. Texto & Contexto Enferm. 2015[citado em 2019 jul. 02];24(3):906-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/0104-0707-te-24-03-00906.pdf>

6. Wegner W, Silva MUM, Peres MA, Bandeira LE, Frantz E, Botene DZA et al. Patient safety in the care of hospitalised children: evidence for paediatric nursing. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017[citado em 2019 dez. 30];38(1):e68020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rge/n1/en_0102-6933-rge-1983-144720170168020.pdf
7. Roque KE, Melo ECPM, Tonini T. Adverse events in the intensive care unit: impact on mortality and length of stay in a prospective study. *Cad Saúde Pública.* 2016[citado em 2017 fev. 25];32(10):e00081815. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n10/1678-4464-csp-32-10-e00081815.pdf>
8. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm.* 2015[citado em 2020 jun. 20];68(1):144-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0144.pdf>
9. Stockwell DC, Landrigan CP, Toomey SL, Loren SS, Quinn JA, Ashrafzadeh S, et al. Adverse events in hospitalized pediatric patients. *Pediatrics.* 2018[citado em 2020 maio 29];142(2):e20173360. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/142/2/e20173360.full.pdf>
10. Predebon CM, Silva SC, Olaves FS, Kantorski KJC, Pedro ENR, Wegner W. Perfil das notificações de incidentes analisados pela comissão de qualidade e segurança pediátrica. In: ANAIS - I Congresso Internacional da RebraenSP. 2016[citado em 2019 nov. 5]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140646/000991213.pdf?sequence=1>
11. Verlaat CW, van der Starre C, Hazelzet JA, Tibboel D, van der Hoeven J, Joris Lemson J, Zegers M. The occurrence of adverse events in low-risk non-survivors in pediatric intensive care patients: an exploratory study. *Eur J Pediatr.* 2018[citado em 2020 ago. 01];177:1351-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3194-y>
12. Manzo BF. Nursing performance in strengthening patient safety in neonatology. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2018[citado em 2020 abr. 02];8. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3226/2036>
13. Correa AS. Interacionismo simbólico: raízes, críticas e perspectivas atuais. *Rev Bras Hist Ciênc Soc.* 2017[citado em 2018 jun. 23];9(17):176-200. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/343>
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13ª ed. São Paulo: Hucitec;2013.
15. Moreira IA, Queiroz Bezerra AL, Paranaguá TTB, Silva AEBC, Azevedo Filho FM. Health professionals' knowledge regarding adverse events in the intensive care unit. *Rev Enferm UERJ.* 2015[citado em 2016 jan. 04];23(4):461-7. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5158/18571>
16. Shetty R, Thyagarajan S. Simulation in pediatrics: Is it about time? *Ann Card Anaesth.* 2016[citado em 2019 dez. 21];18:506-11. Disponível em: <https://www.annals.in/article.asp?issn=0971-9784;year=2016;volume=19;issue=3;spage=505;epage=510;aulast=Shetty;type=2>
17. Mueller BU, Neuspiel DR, Fisher ERS, Council On Quality I, Patient Safety COHC. Principles of pediatric patient safety: reducing harm due to medical care. *Pediatrics.* 2019[citado em 2020 jan. 26];143(2):e20183649. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/143/2/e20183649>
18. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Pública.* 2014[citado em 2020 ago. 04];48(1):170-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102014000100170&script=sci_abstract&tlang=pt
19. Minuzzi AP, Chiodelli NS, Locks MOH, Amante LZ, Matos E. Contributions of healthcare staff to promote patient safety in intensive care. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2016[citado em 2020 jan. 04];20(1):121- 9. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0121.pdf
20. Reis GAX, Oliveira JLC, Ferreira AMD, Vituri DW, Marcon SS, Matsuda LM. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019[citado em 2020 jul. 27];40(spe):e20180366. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200409&lng=en
21. Biasibetti C, Hoffmann LM, Rodrigues FA, Wegner W, Rocha PK. Communication for patient safety in pediatric hospitalizations. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019[citado em 2020 maio 29];40(esp):e20180337. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rge/n1/en_1983-1447-rge-40-spe-e20180337.pdf
22. Panesar R, Albert B, Messina C, Parker M. The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric

