

Cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: contribuições da equipe multiprofissional

Maria Williany Silva Ventura ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3702-0788>

Mariana da Silva Diógenes ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-0893-4049>

Ana Paula Melo Façanha ²

 <https://orcid.org/0000-0002-8791-2445>

Emeline Moura Lopes ⁵

 <https://orcid.org/0000-0001-7405-1247>

Eugenie Desirée Rabelo Néri ³

 <https://orcid.org/0000-0003-1958-0853>

^{1,4} Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo. CEP: 60.430-160. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: williany_ventura@hotmail.com

^{2,3,5} Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil

Resumo

Objetivos: analisar a cultura de segurança do paciente com a equipe multiprofissional em UTI neonatal de maternidade brasileira.

Métodos: a cultura de segurança foi avaliada pelo instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), com amostra de 117 profissionais. Os questionamentos foram divididos em 12 domínios, classificando-os como áreas de força quando o percentual foi maior do que 75% de respostas positivas. Para análise inferencial, utilizaram-se dos testes de Kruskal-Wallis e Qui-quadrado, considerando significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: os domínios “aprendizado organizacional- melhora contínua” e “trabalho em equipe” foram considerados como áreas de força no estabelecimento da segurança. Os que necessitaram de aprimoramento foram: “não punição do erro” e “quadro de funcionários”. Não se encontrou relevância significativa entre os cruzamentos dos números de respostas positivas com os dados profissionais, mostrando, desta forma, que os fatores não interferiram nas respostas dadas.

Conclusões: diante dos resultados apresentados, sugere-se modificações principalmente nos aspectos relacionados à cultura punitiva e avaliação de possível diminuição da sobrecarga de trabalho. Entretanto, não se podem deixar de enaltecer os aspectos positivos encontrados, como o trabalho em equipe, a preocupação dos profissionais e gestores em trazer melhoras para promoção da segurança do paciente.

Palavras-chave Segurança do paciente, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Equipe de assistência ao paciente



Introdução

A preocupação com a segurança do paciente não é fato recente, Hipócrates (460 a 370 a.C.), considerado o pai da medicina, em discursos, mencionava: “primeiro, não cause o dano”. Desta forma, percebe-se que desde aquele tempo, já havia discussão sobre os males que a assistência à saúde poderia acarretar aos pacientes.¹

A ampliação e o estabelecimento do programa de segurança do paciente no cenário mundial vêm se tornando essencial para redução dos danos na assistência à saúde.² As ações e pesquisas voltadas a esta temática ampliaram-se após a publicação, nos anos 2000, do relatório “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, no qual abordaram-se as consequências dos erros cometidos durante a assistência à saúde no cenário norte-americano.³

No Brasil, grande avanço nessa temática foi alcançado mediante a publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e trouxe definições importantes, como a de segurança do paciente que consiste na “redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde”.⁴

Estudos em todo o mundo vêm demonstrando que muitos dos danos ocasionados pela assistência à saúde poderiam ser prevenidos. Pesquisa realizada na Irlanda demonstrou que dos 12,2% Eventos Adversos (EA), mais de 70% eram evitáveis, destes, 9,9% causaram danos permanentes e 6,7% contribuíram para o óbito.⁵ Outra investigação realizada na Bélgica apontou que 56% dos prontuários analisados continham EA e, destes, 46% eram evitáveis. Destacou-se, também, que os EA estavam principalmente ligados à terapia medicamentosa, à cirurgia, ao diagnóstico e aos problemas sistêmicos nas instituições.⁶

No âmbito das unidades de cuidado ao recém-nascido, o estabelecimento de um ambiente seguro é primordial para promover a confiabilidade dos serviços prestados. Pesquisa realizada no Brasil, com 218 recém-nascidos, demonstrou que 183 (84%) apresentaram EA. Dentre os eventos encontrados, destacaram-se 29% de alterações na termorregulação, 17,1% de distúrbios da glicemia e 13,5% de infecção relacionada à assistência à saúde. Também, se observou a maior incidência de EA entre os recém-nascidos de muito baixo peso.⁷

Diante desses dados, os debates sobre os incidentes ocorridos se mostram necessários para transformações dos serviços em ambientes mais seguros, estando estas mudanças diretamente ligadas à cultura de segurança do paciente implementada na instituição.⁸ Para o Ministério da Saúde, cultura de segurança do paciente é um conjunto de valores não particularizado a um indivíduo, mas de

responsabilidade coletiva, sendo inclusos a equipe de saúde, a família e a sociedade.¹ Halligan e Zecevic⁹ afirmam que o conceito de cultura de segurança do paciente se refere a um conjunto de comportamentos grupais que determinam e refletem positiva ou negativamente na segurança do paciente.

Dessa maneira, torna-se importante, para o cuidado neonatal com segurança, a identificação do conjunto de valores e comportamentos que podem influenciar a assistência direta ao recém-nascido, os quais refletem a cultura de segurança do paciente e, por meio disto, propõe ações que poderia contribuir para redução de riscos e danos, obtendo-se, assim, mais segurança durante o processo de internação hospitalar do neonato. A partir desta perspectiva, objetivou-se, no presente artigo avaliar a cultura de segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sob a perspectiva da equipe multiprofissional, em uma maternidade brasileira.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em UTI neonatal de hospital público de Fortaleza - CE, Brasil. A instituição citada possui como missão prestar assistência, ensino e pesquisa no campo da saúde da mulher e do recém-nascido a qual possui 21 leitos de UTI neonatal, 30 de Unidades de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e cinco leitos de Unidades de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).¹⁰

A população do estudo foi composta por 243 profissionais, distribuídos em uma equipe de enfermagem, médicos neonatologistas, residentes de medicina, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, farmacêuticos e nutricionistas. A partir dessa população, realizou-se cálculo amostral com nível de confiança de 95% e erro amostral de 7%, obtendo-se, ao final, amostra de 117 profissionais. A coleta de dados foi intencional, não probabilística e estratificada por categorias de profissionais.

Com o intuito de manter o sigilo e evitar identificação de participantes, realizou-se agrupamento dos profissionais por categorias, distribuindo-se em 17 enfermeiros, 26 médicos neonatologistas, oito residentes de neonatologia, 42 técnicos de enfermagem, 16 fisioterapeutas/terapeutas ocupacionais/fonoaudiólogos e oito assistentes sociais/psicólogos/farmacêuticos/nutricionistas.

Além disso, utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: profissionais da área da saúde de todas as categorias e que estivessem há mais de dois meses atuando no setor, visto que o guia do questionário utilizado estabelece que os profissionais devem ter conhecimento suficiente sobre o hospital e as respectivas operações

para repassar respostas adequadas sobre as perguntas da pesquisa.¹¹ Como critérios de exclusão, elencaram-se: profissionais em férias, licença saúde, licença-gestação, maternidade ou paternidade ou atestado médico e desistência do consentimento, após início da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu entre agosto e novembro de 2018, com a aplicação do questionário *Hospital Surveyon Patient Safety Culture* (HSOPSC), sendo realizada a busca dos profissionais de forma individual e sigilosa. O instrumento utilizado possui nove sessões (A, B, C, D, E, F, G, H, I), contendo 42 perguntas, dispostas para análise de dados em 12 dimensões para serem analisadas sobre a cultura de segurança, sendo estas: trabalho em equipe dentro das unidades, expectativas e ações que favorecem a segurança, aprendizagem organizacional, apoio da gerência do hospital para segurança do paciente, percepção de segurança, *feedback* e comunicação sobre erros, abertura para comunicação, frequência de eventos notificados, trabalho em equipe entre as unidades, dimensionamento de pessoal, problemas em mudanças de turno e transições e resposta não punitiva aos erros.¹¹

Esse questionário é baseado em escala do tipo *Likert*, sendo recomendado agrupar as respostas por categorias de constatações positivas (concordo totalmente/concordo e sempre/frequentemente), negativas (discordo totalmente/discordo e nunca/raramente) e neutras (não concordo nem discordo/algumas vezes).

Algumas perguntas possuem o valor reverso, ou seja, ao discordar da alternativa, o participante expressa uma atitude positiva. Diante do exposto, estas foram identificadas com a letra R. As perguntas que possuem este valor são: os itens 5, 7, 8, 10, 12, 14, 16 e 17 da seção A, quatro da seção B, seis da seção C, e 2, 3, 5, 6, 7, 9 e 11 da seção F.¹¹

Além das questões relacionadas diretamente à temática, o questionário investiga a percepção do nível de segurança do paciente (excelente, muito bom, regular, ruim, muito ruim); número de eventos notificados pelos participantes; questões relacionadas à atuação deste profissional dentro da equipe, como tempo de trabalho na instituição e na unidade, horas semanais trabalhadas, cargo/função, estabelecimento de interação direta com os pacientes, tempo de atuação na profissão, grau de instrução, idade e sexo.¹¹

Os dados da pesquisa foram dispostos no *Microsoft office Excel* 2013, em planilhas e, posteriormente, analisados pelo programa SPSS, v. 22.0. Para análise descritiva dos dados, estabeleceram-se percentuais para cada categoria de respostas, sendo estas positivas, negativas ou neutras. Para estabelecer os domínios que obtiveram destaque, foi considerado o percentual de 75% de respostas positivas e para os que necessitaram

de melhoras estabeleceu-se o percentual de $\leq 50\%$ de respostas positivas.¹¹

Para obtenção dos resultados deste estudo, tanto os valores e as porcentagens foram calculados considerando o total de respostas em cada dimensão de cultura de segurança, sendo estes valores modificáveis de acordo com o número de respostas dadas em cada dimensão.

Também, realizou-se o cruzamento dos dados do perfil profissional com nível de segurança do paciente, número de eventos notificados e respostas positivas sobre a cultura de segurança, utilizando-se dos testes Qui-quadrado e Kruskal Wallis, sendo considerando significativos os valores com $p < 0,05$.

Os aspectos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 foram respeitados em todos os momentos da pesquisa. Este estudo foi submetido à Plataforma Brasil e obteve a aprovação do Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará (UFC), conforme parecer número 2.786.259.

Resultados

Os dados demonstraram que 94% (n=110) dos participantes eram do sexo feminino, com idades entre 18 e 58 anos, e média 35,5 ($\pm 6,6$) anos. Em relação aos achados relacionados ao perfil profissional, verificou-se que os participantes possuíam média 9 \pm 5,8 anos de graduados. A maior parcela dos profissionais (76%; n=89) possuía de uma cinco anos de trabalho na instituição; 71,8 % (n=84) de uma cinco anos de trabalho na UTI neonatal e 84,6% (n=99) afirmaram trabalhar de 20 a 39 horas semanais.

No referente à avaliação da cultura de segurança do paciente (Tabela 1), identificou um total de 2.611 respostas positivas (53,8 %), 1.067 (22%) neutras e 1.178 (24,2%) negativas. Ao considerar os 42 questionamentos sobre a cultura de segurança e o percentual estabelecido de 75% de resposta para determinação de áreas de força, realizou-se levantamento de resposta conforme os domínios estabelecidos.

Esses domínios estão apresentados na Figura 1, no qual o domínio 3 “Aprendizado organizacional - melhoria contínua” obteve 79,4% (n=277) de respostas positivas. Dentre as perguntas que compõem este domínio, “Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente” apresentou 92,3% (n=108) e “Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade” obteve 74,1% (n=86) de respostas positivas (Tabela 1).

O domínio “Trabalho em equipe na unidade” apresentou percentual de respostas positivas de 76% (n=355), e como parte deste domínio, os itens “Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito” e “Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras” foram os que apresentaram níveis

Tabela 1

Agrupamento das 42 perguntas do instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* em domínios. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.

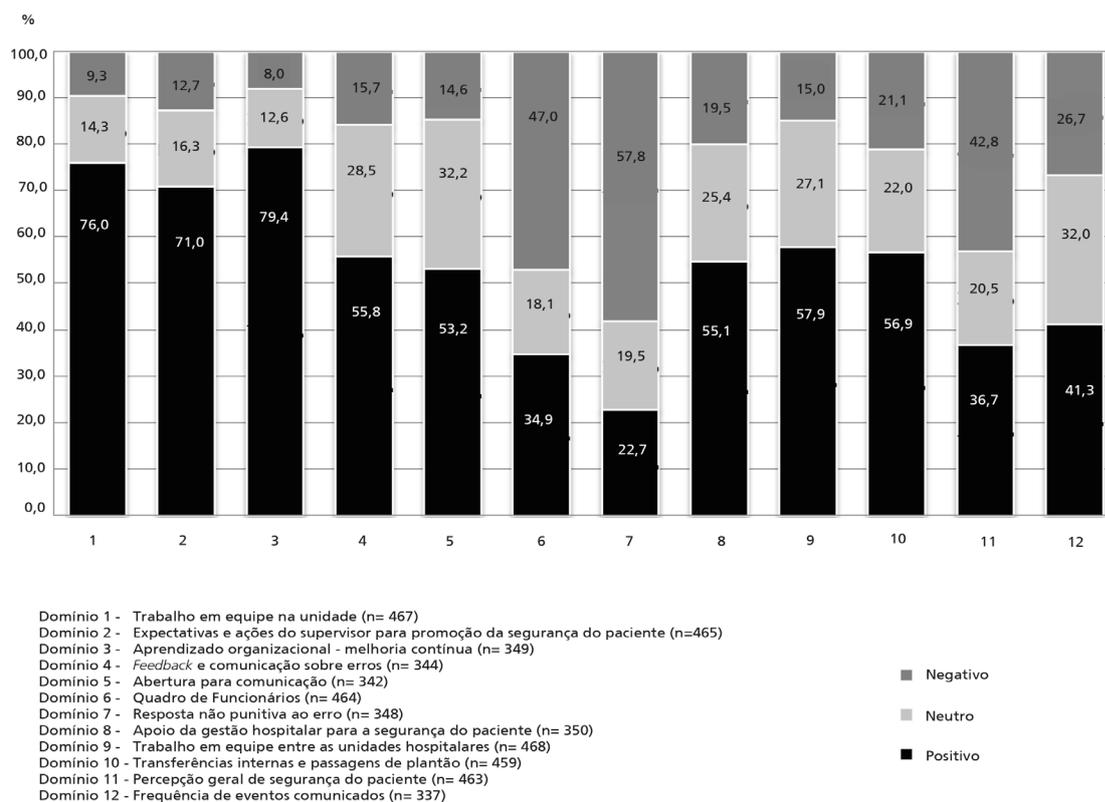
	Respostas Positivas		Respostas Neutras		Respostas Negativas		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
DOMÍNIO 1 (Trabalho em equipe na unidade)								
A1 - Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras.	90	76,9	18	15,4	9	7,7	117	100,0
A3 - Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	88	75,2	21	17,9	8	6,9	117	100,0
A4 - Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito.	102	87,2	9	7,7	6	5,1	117	100,0
A11 - Quando uma área desta unidade fica sobrecarregada, os outros profissionais desta unidade ajudam.	75	64,6	19	16,4	22	19,0	116	100,0
Total geral	355	76,0	67	14,3	45	9,7	467	100,0
DOMÍNIO 2 (Expectativas e ações do supervisor para promoção da segurança do paciente)								
B1 - O meu supervisor chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	76	64,9	18	15,4	23	19,7	117	100,0
B2 - O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente.	81	69,2	21	17,9	15	12,9	117	100,0
B3 - Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhe mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas".	77	66,4	26	22,4	13	11,2	116	100,0
B4 - O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente.	96	83,5	11	9,7	8	7,0	115	100,0
Total	330	71,0	76	16,3	59	12,7	465	100,0
DOMÍNIO 3 (Aprendizado organizacional - melhoria contínua)								
A6 - Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente.	108	92,3	6	5,1	3	2,6	117	100,0
A9 - Erros têm levado a mudanças positivas por aqui.	83	71,6	18	15,5	15	12,9	116	100,0
A13 - Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	86	74,2	20	17,2	10	8,6	116	100,0
Total	277	79,4	44	12,6	28	8,0	349	100,0
DOMÍNIO 4 (Feedback e comunicação sobre erros)								
C1 - Nós recebemos informações sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos.	52	45,6	37	32,5	25	21,9	114	100,0
C3 - Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade.	59	51,3	36	31,3	20	17,4	115	100,0
C5 - Nesta unidade, discutimos meio de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente.	81	70,4	25	21,8	9	7,8	115	100,0
Total	192	55,8	98	28,5	54	15,7	344	100,0
DOMÍNIO 5 (Abertura para comunicação)								
C2 - Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente.	89	78,1	19	16,7	6	5,3	114	100,0
C4 - Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores.	36	31,3	47	40,9	32	27,8	115	100,0
C6 - Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo aparece não estar certo.	57	50,4	44	38,9	12	10,7	113	100,0
Total	182	53,2	110	32,2	50	14,6	342	100,0

DOMÍNIO 6 (Quadro de funcionários)										
A2 - Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho.	10	8,6	6	5,2	100	86,2	116	100,0		
A5 - Os profissionais desta unidade trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	34	29,3	33	28,4	49	42,4	116	100,0		
A7 - Utilizamos mais profissionais temporários e terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente.	92	80,0	16	13,9	7	6,1	115	100,0		
A14 - Nós trabalhamos em "situação de crise", tentando fazer muito e muito rápido.	26	22,2	29	24,8	62	53,0	117			
Total	162	34,9	84	18,1	218	47,0	464	100,0		
DOMÍNIO 7 (Resposta não punitiva ao erro)										
A8 - Os profissionais consideram que os seus erros podem ser usados contra eles.	21	18,1	20	17,2	75	64,7	116	100,0		
A12 - Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema.	40	34,5	25	21,5	51	44,0	116	100,0		
A16 - Os profissionais se preocupam que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.	18	15,5	23	19,8	75	64,7	116	100,0		
Total	79	22,7	68	19,5	201	57,8	348	100,0		
DOMÍNIO 8 (Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente)										
F1 - A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	53	45,3	41	35,0	23	19,7	117	100,0		
F8 - As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade principal.	74	63,8	21	18,1	21	18,1	116	100,0		
F9 - A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso.	66	56,4	27	23,1	24	20,5	117	100,0		
Total	193	55,1	89	25,4	68	19,5	350	100,0		
DOMÍNIO 9 (Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares)										
F2 - As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si.	51	43,6	36	30,8	30	25,6	117	100,0		
F4 - Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto.	72	61,5	30	25,6	15	12,9	117	100,0		
F6 - Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital.	69	59,0	29	24,8	19	16,2	117	100,0		
F10 - As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.	79	67,5	32	27,4	6	5,1	117	100,0		
Total	271	57,9	127	27,1	70	15,0	468	100,0		
DOMÍNIO 10 (Transferências internas e passagens de plantão)										
F3 - O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra.	65	55,6	24	20,5	28	23,9	117	100,0		
F5 - É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno.	58	50,0	26	22,4	32	27,6	116	100,0		
F7 - Com frequência ocorre problemas na troca de informações entre as unidades do hospital.	55	50,0	29	26,4	26	23,6	110	100,0		
F11 - Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	83	71,6	22	19,0	11	9,4	116	100,0		
Total	261	56,9	101	22,0	97	21,1	459	100,0		

DOMÍNIO 11 (Percepção geral de segurança do paciente)										
A10 - É apenas por acaso, que erros mais graves não acontecem por aqui.	67	58,8	27	23,7	20	17,5	114	100,0		
A15 - A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída.	16	13,9	22	19,1	77	67,0	115	100,0		
A17 - Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente.	24	20,5	22	18,8	71	60,7	117	100,0		
A18 - Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros.	63	53,9	24	20,5	30	25,6	117	100,0		
Total	170	36,7	95	20,5	198	42,8	463	100,0		
DOMÍNIO 12 (Frequência de eventos comunicados)										
D1 - Quando ocorre um erro, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é notificado?	46	40,7	29	25,7	38	33,6	113	100,0		
D2 - Quando ocorre um erro, mas não há riscos de dano ao paciente, com que frequência ele é notificado?	37	33,0	40	35,7	35	31,3	112	100,0		
D3 - Quando ocorre um erro, que poderia causar dano ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é notificado?	56	50,0	39	34,8	17	15,2	112	100,0		
Total	139	41,3	108	32,0	90	26,7	337	100,0		
Total Geral	2.611	53,8	1.067	22,0	1.178	24,2	4.856	100,0		

Figura 1

Respostas positivas, neutras e negativas, de acordo com cada domínio de cultura de segurança. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.



significativos de respostas positivas, tendo, respectivamente, percentuais de 87,2% (n=102) e 76,9% (n=90).

Destaca-se que o domínio 2, que se refere às expectativas e ações do supervisor para promoção da segurança do paciente, apresentou resultado de 71% (n=330) de respostas positivas. O referido domínio apresentou como item de destaque o questionamento “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”, com 83,5% (n=96) de participantes discordando da afirmação. O item referente ao elogio do supervisor aos funcionários apresentou percentual menor de respostas positivas, com 64,9% (n=76).

Quanto ao “Feedback e comunicação sobre erros”, observou-se que este domínio obteve perfil positivo, apresentando 55,8% (n=192) de respostas positivas. O destaque desta categoria se concentrou na frase “Nesta unidade, discutimos meio de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente”, em que 70,4% (n=81) dos profissionais concordaram com esta afirmativa.

A “abertura para comunicação pelos profissionais” apresentou 53,2% (n=182) de respostas positivas, em que 78,1% (n=89) dos profissionais afirmaram que ter liberdade para dizer algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente, 50,4% (n=57) afirmaram não ter receio de perguntar, quando algo aparece não estar certo,

e apenas 31,3% (n=36) relataram que se sentiam à vontade para questionar as decisões ou ações dos superiores.

O domínio referente ao “Quadro de funcionários” apresentou percentual maior de respostas negativas, com 47% dos questionamentos (n=218) e baixa porcentagem de respostas positivas, obtendo apenas 34,9% (n=162) do percentual. Destaca-se que o item “Temos pessoal suficiente para dar conta da carga de trabalho” foi o que obteve a maior porcentagem de respostas negativas entre os questionamentos realizados pelo instrumento, detendo 86,2% (n=100) do total de respostas.

Observou-se que o domínio “Resposta não punitiva ao erro” apresentou 57,8% (n=201) de respostas negativas. Dentre os domínios aqui destacados, este foi o que deteve o menor número de respostas positivas, com apenas 22,7% (n=79) dos questionamentos. Neste domínio, 64,7% (n=75) dos profissionais afirmaram que se preocupam com o fato de que os erros possam ser usados contra eles e estes sejam registrados nas fichas funcionais.

O domínio 8 que descreve o apoio da gestão para promoção da segurança do paciente obteve 55,1% (n=193) de respostas positivas. Neste, 63,8% (n=74) dos participantes afirmaram que a direção trata a segurança do paciente como prioridade e 56,4% (n=66) discordaram que a direção do hospital apenas se interessa com a segurança quando ocorre algum evento.

Outro fator avaliado neste estudo é a integração/trabalho em equipe entre as unidades do hospital, em que se observou que mais da metade dos profissionais avaliaram positivamente este domínio, com 57,9% (n=271) das respostas. Nesta avaliação, 67,5% (n=79) dos participantes afirmaram que as unidades trabalham em conjunto para promoção da melhoria do cuidado aos pacientes e 61,5% (n=72) relataram cooperação satisfatória entre estas.

Além dos pontos citados anteriormente, esta pesquisa avaliou a segurança do paciente na troca de plantão e transferências internas, verificando-se percentual de 56,9% (n=261) de respostas favoráveis. Dentre os questionamentos que compõem este domínio, 71,6% (n=83) dos participantes discordaram da afirmação de que as mudanças de plantão ou turnos trazem danos aos pacientes.

Quanto à percepção geral sobre a segurança do paciente no ambiente analisado, verificou-se percentual representativo de respostas negativas, com 42,8% (n=198) do total dos questionamentos, sendo dois questionamentos decisivos para este resultado, o primeiro trata da concordância acerca do comprometimento da segurança do paciente em detrimento do trabalho excessivo, com 67% (n=77), e existência de problemas relacionados à segurança do paciente na unidade, com 60,7% (n=71).

O último ponto a ser exposto trata da frequência com que as notificações são realizadas, apesar deste domínio

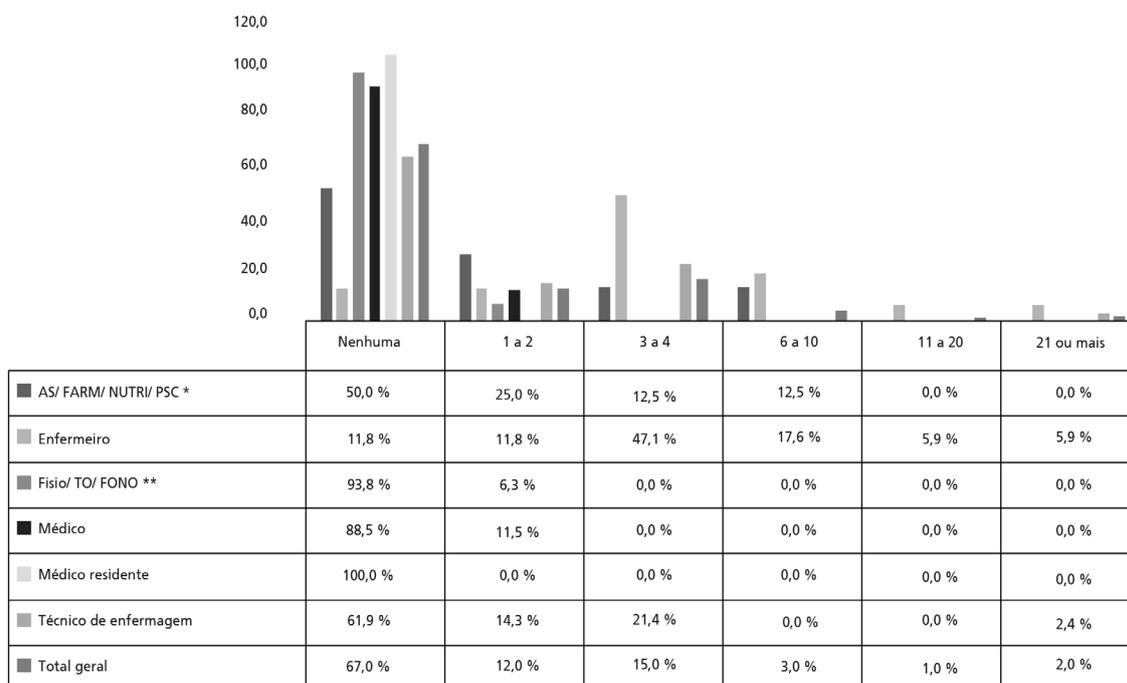
ter apresentado 41,3% (n=139) de respostas positivas, as notificações dos eventos ocorridos sofreram variações de acordo com a gravidade/danos que podem ocorrer aos pacientes. Visualizou-se que quando ocorre um erro que poderia causar dano ao paciente, o percentual de notificações é maior, com 50% (n=56) dos participantes afirmando que “quase sempre” ou “sempre” estes são notificados. Entretanto, quando este evento é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, o percentual decaiu para 40,7% (n=46) e reduziu-se mais ainda quando o evento não possuía riscos de dano ao paciente, com 33% (n=37).

Em relação aos eventos adversos notificados, conforme explicitado na Figura 2, optou-se por mostrar a distribuição de acordo com cada categoria profissional. Dos percentuais apresentados, 67% (n=78) dos profissionais afirmaram que nunca realizaram notificação. Dentre os valores referentes aos profissionais, destacam-se os residentes de medicina, com 100% (n=8); fisioterapeutas/fonoaudiólogos/terapeuta ocupacionais, com 93,8% (n=15); e médicos, 88,5% (n=23) de respostas nessa opção. Observou-se que 47,1% (n=8) dos enfermeiros realizaram de três a cinco notificações, sendo que dos 17 enfermeiros participantes do estudo, 88% (n=15) afirmaram ter realizado de uma a mais de 21 notificações.

Outro fator importante avaliado é a nota atribuída à segurança do paciente, sendo dividida em excelente,

Figura 2

Percentuais de notificações, de acordo com cada categoria profissional. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.



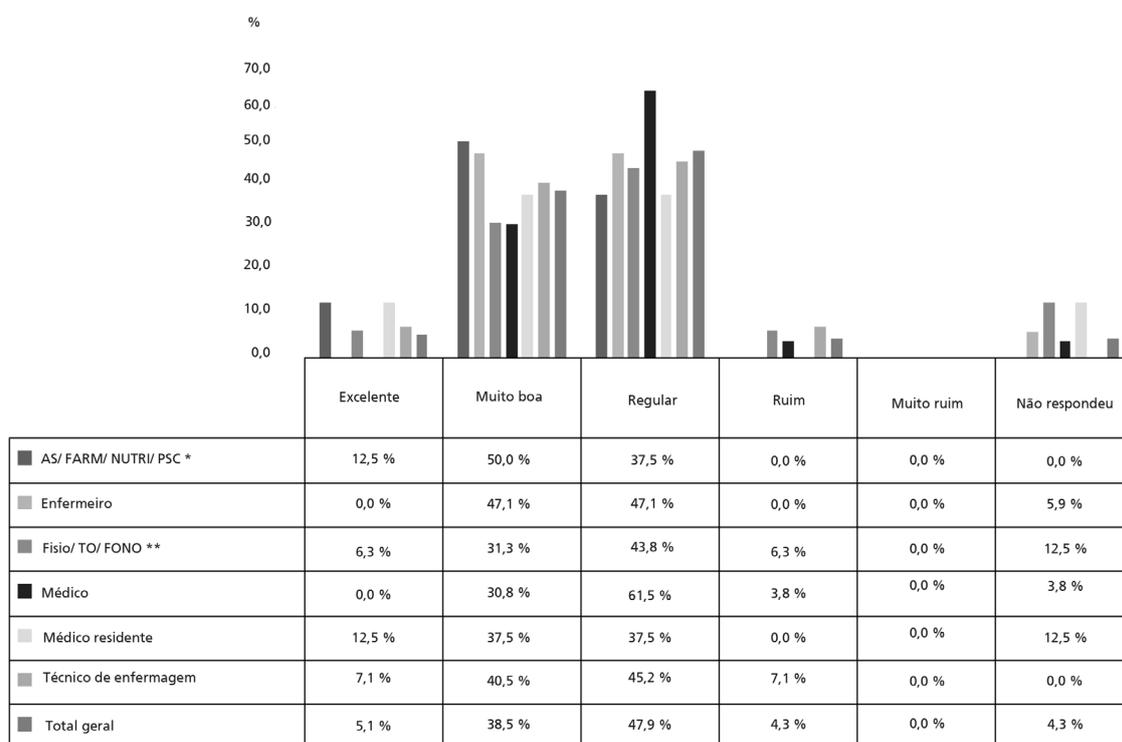
* Assistentes sociais/farmacêuticos/nutricionistas/psicólogos; ** Fisioterapeutas/terapeuta ocupacionais/fonoaudiólogos.

muito boa, regular, ruim, muito ruim, de acordo com o estabelecido pelo instrumento. Como mostrado na Figura 3, o total geral indica que 47,9% (n=56) dos profissionais declararam a segurança do paciente como regular; 38,5% (n=45) muito boa; 5,1% (n=6) excelente; 4,3% (n=5) ruim; e 4,3% (n=5) não responderam.

Realizaram-se cruzamentos entre os números de respostas positivas, números de eventos notificados e nota de segurança com os dados de carga horária de trabalho, sexo, idade, tempo de trabalho no hospital, na unidade e profissão, constatando-se inexistência de valores com significância estatística.

Figura 3

Nota de segurança, de acordo com cada categoria profissional. Fortaleza, CE, Brasil, 2018.



* Assistentes sociais/farmacêuticos/nutricionistas/psicólogos; ** Fisioterapeutas/terapeuta ocupacionais/fonoaudiólogos.

Discussão

Mediante a análise dos dados, verificou-se predominância de participantes do sexo feminino, com idades de 18 a 58 anos de idade, média de 35,9 anos de idade e nove anos de formados. Estudo realizado no Brasil apresenta semelhança em relação ao sexo e tempo de formação, porém com divergência em relação ao tempo de trabalho na instituição, na unidade e carga horária, tendo os profissionais maior tempo de vínculo e mais horas semanais trabalhadas, quando comparados aos participantes deste estudo.¹²

O aprendizado organizacional foi o domínio que deteve o maior percentual de respostas positivas, e desta forma, denominou-se como potencial área no estabelecimento da segurança na UTI neonatal estudada. O ponto referido trata da avaliação de como os erros geram mudanças positivas para segurança do paciente.¹¹ Esse resultado revela que os eventos ocasionados anteriormente são processados

e transformados em ações preventivas e positivas para o paciente. Estudo realizado na Lituânia, em hospital que presta serviço de obstetrícia, ginecologia e neonatologia, apresentou similaridade com o presente estudo, detendo percentual positivo de 73,2% nesta mesma área temática.¹³

Outro destaque desta pesquisa foi o “trabalho em equipe na unidade”, com níveis consideráveis de parâmetros positivos. Este dado revela a integração efetiva entre os membros da equipe multiprofissional, sendo que estes afirmaram que trabalhavam em conjunto para obtenção do melhor cuidado ao paciente, sempre prevalecendo o respeito e apoio, no decorrer das atividades. Trabalho interdisciplinar é definido pela integração das ações dos profissionais em prol do bem-estar do usuário, de modo a contribuir para abordagem holística na assistência à saúde, por meio da constante troca de experiência e saberes.¹⁴ Estudo na Arábia Saudita constatou valor para este domínio inferior ao encontrado nesta pesquisa, com 69,3% de respostas afirmativas.¹⁵

As “expectativas e ações do supervisor para promoção da segurança do paciente” apresentou percentual maior de respostas positivas, porém não se estabeleceu como área de força. Conforme essa temática, a maioria dos profissionais discordou do questionamento “O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente”, sugerindo, assim, que aqueles que fazem parte da chefia/supervisão destes profissionais se preocupam com o estabelecimento de um ambiente seguro. Revisão sistemática sobre o tema afirma que o envolvimento dos gerentes no processo pode influenciar os resultados e o desempenho clínico de qualidade e segurança.¹⁶

A realização de elogio pelo supervisor se apresenta como questionamento avaliado neste estudo, em que considerável parte dos profissionais afirmou receber elogio dos chefes quando o trabalho era realizado com excelência. O elogio constitui ferramenta primordial para estimular motivação dos trabalhadores, ao ser procedido de modo individual, demonstrando que a chefia concentrou-se na pessoa e reconheceu a dedicação desta.¹⁷ Em contraste com o apresentado neste estudo, pesquisa realizada em UTI adulta comprovou que 70,18% dos profissionais afirmaram não receber elogios no ambiente de trabalho.¹²

O domínio 4 que trata do “*Feedback* e comunicação sobre erros” foi composto por respostas majoritariamente de perfil positivo. O destaque desta categoria se concentrou na frase “Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente”, em que a maior parte dos profissionais concordaram com esta afirmativa, evidenciando a preocupação quanto à prevenção dos erros, por intermédio do debate no ambiente de trabalho. Estudo brasileiro expôs 26,9% de dados favoráveis neste domínio, confirmando falhas no *feedback* aos profissionais que realizam a comunicação dos erros existentes.¹⁸

Diante da complexidade do trabalho em grupo, a comunicação efetiva é um ponto de destaque no desenvolvimento da assistência em saúde, pois é através deste que se estabelece ambiente motivacional e socialização entre os membros da equipe.¹⁹ A abertura para comunicação no ambiente pesquisado apresentou pontos positivos para o estabelecimento de cultura de segurança, sendo que a maior parcela dos profissionais afirmaram que ter liberdade para relatar ao observar fatores podem afetar negativamente o cuidado do paciente a metade destes afirmando não ter receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.

A sobrecarga de trabalho dos profissionais da UTI neonatal foi exposta no domínio “quadro de funcionários”, apresentando índices significativos de respostas negativas. Neste item, os profissionais destacaram não possuir pessoal suficiente para tarefas a ser desempenhadas. Enfatiza-se que trabalho excessivo, jornada de trabalho dupla, carga horária extensa e baixa remuneração são

fatores propagadores do estresse e acarretam impacto aos trabalhadores e prejuízos na qualidade do serviço ofertado.²⁰

Dentre os domínios expostos, a “Resposta não punitiva ao erro” apresentou o maior nível de respostas negativas e o menor número de respostas positivas. Neste domínio, os profissionais afirmaram preocupação com o fato de os erros serem usados contra eles e estes serem registrados nas fichas funcionais. Na literatura atual, observou-se, em estudo na Arábia Saudita, percentual de respostas positivas menores as explicitadas neste estudo, com apenas 11,3%.¹⁵

Tendo como pressuposto a teoria do “Queijo suíço de James Reason”,¹ em que os danos para que acometam o paciente passam por uma gama de processos desencadeadores e atravessam várias barreiras, verifica-se que o erro não pode ser individualizado, mas considerado pelas falhas do sistema como um todo. A cultura punitiva pode influenciar diretamente a comunicação dos erros, fazendo com que os profissionais tenham receio de notificar as falhas existentes, acarretando, assim, subnotificação dos casos.^{1,21} Verifica-se assim que, no contexto estudado, ainda há a culpabilização do sujeito, necessitando, portanto, de transição/modificação da cultura de punição para o estabelecimento de aprendizagem pela análise dos erros existentes.

Para modificação desse cenário, estratégias podem ser utilizadas, como por exemplo identificação dos problemas que ocorrem no ambiente, em vez de crítica aos indivíduos, gestores que atuem como agentes de mudança e avaliem a equipe de forma não punitiva, avaliação constantemente da percepção acerca da punição do erro, e formação/treinamento da equipe sobre a segurança do paciente.²²

O apoio da gestão é imprescindível para o estabelecimento da cultura de segurança ao paciente. Este ponto obteve mais da metade de respostas positivas, os participantes afirmaram que a direção trata a segurança do paciente como prioridade e discordam que os gestores do hospital somente se interessam pela segurança quando ocorre algum evento. A gestão inclusa no desenvolvimento das ações para promoção de um ambiente seguro é essencial para potencializar as barreiras protetoras e, assim, reduzir os danos que possam comprometer o processo assistencial e o cuidado ao paciente. Em comparação com este estudo, pesquisa realizada em hospital na Região Sul do Brasil aponta 39,1% de respostas afirmativas, demonstrando, assim, percentual inferior ao encontrado neste estudo.²³ Este valor pode apresentar discrepâncias quando comparado entre instituições, devido as singularidades na condução da gestão em cada hospital e em cada localidade.

No nono domínio, que discorre sobre a integração entre as unidades do hospital, mais da metade dos participantes avaliaram positivamente. Este ponto faz referência ao trabalho em conjunto e à cooperação entre as unidades

para promoção da melhoria do cuidado aos pacientes.¹⁰ Estudo realizado na China, com 1.379 profissionais de 19 hospitais, trouxe melhores resultados, com 65,3% de respostas positivas, evidenciando integração mais efetiva entre as unidades.²⁴

Outros momentos críticos no estabelecimento da segurança do paciente se referem à troca de plantão e às transferências internas, apresentando 57% de respostas positivas, o que significa que mais da metade dos participantes consideram como efetivos estes processos internos. Quanto à análise das transferências intra-hospitalares e a passagem de plantão, em outros países, estudo realizado em Marrocos verificou 51,5% de respostas positivas, ou seja, próximo ao encontrado nesta pesquisa. Os autores do referido estudo apontam que o percentual encontrado foi maior quando comparado a estudos realizados nos Estados Unidos e no Líbano.²⁵

A percepção geral sobre a segurança do paciente apresentou total significativo de respostas negativas e poucas respostas afirmativas. Neste domínio, parte considerável dos participantes concordaram que o comprometimento da segurança do paciente tem relação como trabalho excessivo e afirmaram que na unidade investigada existiam problemas relacionados à segurança do paciente. Pode-se acrescentar que a sobrecarga de trabalho se configura como uma das principais causas para o acontecimento dos eventos adversos em saúde, interferindo diretamente na segurança do paciente.¹⁹ Em desencontro com o resultado apresentado nesse domínio, pesquisa recente realizada no Irã evidenciou nível elevado de respostas positivas, sinalizando melhores aspectos na prevenção de erros e menos problemas com a segurança do paciente.²⁶

O último domínio exposto foi “frequência de notificações”, em que se notou que apesar deste deter percentagem maior de respostas positivas, os eventos ocorridos sofreram variações de acordo com a gravidade/danos que estes possam ocorrer aos pacientes. Quando ocorre um erro que poderia causar dano ao paciente, metade dos participantes afirmaram que “quase sempre” ou “sempre” estes são notificados. Todavia, quando o evento é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, este percentual sofre redução e decai mais ainda quando o evento não possui riscos de danos ao paciente. Na literatura atual, notam-se resultados divergentes quanto a este ponto: um estudo apresentou percentual menor,¹⁸ outros maiores^{13,15} e um estudo apresentou o mesmo percentual ao apresentado nesta pesquisa.²⁷

O total de eventos adversos notificados também foi verificado, observou-se que a maioria dos profissionais afirmaram não ter realizado notificações, uma pesquisa recente na Ásia Ocidental evidenciou o mesmo resultado.²⁶ Dentre os motivos para não notificação, mencionam-se o

medo da punição e de processos judiciais, a inexistência de apoio da gestão hospitalar e inabilidade para detectar os eventos adversos.²⁸ Como ponto positivo na instituição analisada, destaca-se a presença de sistema de notificação *on line*, no qual os profissionais podem realizar a comunicação dos eventos adversos de forma sigilosa, acessível e compreensível.

Notou-se, também, que a maior parcela de enfermeiros realizou de três a cinco notificações, sendo que dos 17 enfermeiros participantes do estudo, 88% afirmaram ter realizado de uma a mais de 21 notificações. A visão dos enfermeiros como responsáveis por este processo pode contribuir para que outros membros da equipe não assumam a responsabilidade pela comunicação dos erros.²⁹

Dentre as categorias profissionais aqui explicitadas, observou-se que os residentes de neonatologia nunca realizaram notificações, indicando necessidade de maior capacitação, conscientização e incentivo deste público para realização das notificações.

No referente à nota para segurança do paciente, a maioria dos profissionais declarou a segurança do paciente como regular ou muito boa. Em hospital no Paraná, Brasil, os profissionais consideraram a segurança como muito boa,²³ corroborando estudo realizado em instituição internacional.¹³

Quanto aos cruzamentos realizados, os aspectos profissionais não foram significantes para determinação do número de respostas positivas, da nota de segurança e do número de notificações. Outro estudo realizado em UTI neonatal encontrou relações entre o tempo de trabalho no hospital e de atividade na unidade com o número de respostas positivas, sendo que os profissionais com menos de um ano na instituição/unidade tenderam a ter números maiores de respostas afirmativas.³⁰

Este estudo teve como limitação a extensão do questionário que contribuiu para recusa do preenchimento pelos profissionais e a pouca disponibilidade de tempo da equipe.

As análises apresentadas nesta pesquisa trouxeram apanhado acerca da cultura de segurança do paciente em UTI neonatal com a equipe multiprofissional, evidenciando pontos relevantes no estabelecimento de práticas seguras na assistência ao neonato no contexto avaliado. Os domínios “aprendizado organizacional - melhora contínua” e “trabalho em equipe” apresentaram-se como áreas de força para o estabelecimento da segurança do paciente. Também se observou que os pontos referentes a não punição do erro e ao quadro de funcionários foram os que mais detiveram percentuais de respostas negativas.

Este estudo contribuiu para mudança do cenário analisado, sugerindo modificações principalmente nos aspectos relacionados à cultura punitiva e avaliação de possível diminuição da sobrecarga de trabalho a qual os participantes referiram exposição. Entretanto,

não se podem deixar de enfatizar os aspectos positivos encontrados, tais como o trabalho em equipe, a preocupação dos profissionais e gestores em trazer melhoras para promoção da segurança do paciente e a discussão contínua para prevenção de erros, pois o estímulo à potencialização destes é essencial para garantir ações/comportamentos de segurança benéfica ao neonato.

Contribuições dos autores

Ventura MWS e Lopes EM foram responsáveis pela concepção e delineamento do estudo, redação do artigo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser submetida. Diógenes MS contribuiu na coleta de dados e revisão crítica do artigo. Façanha APM e Néri EDR realizaram a revisão crítica e escrita do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
2. World Health Organization (WHO). World alliance on patient safety. Geneva: WHO; 2008-2009.
3. Donaldson MS, Corrigan JM, Kohn LT; Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academies Press; 2000.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 (BR). Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2013 Abr 1; Seção 1: 1.
5. Rafter N, Hickey A, Conroy RM, Condell S, O'Connor P, Vaughan D, *et al.* The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals - a retrospective record review study. *BMJ Qual Saf.* 2017; 26 (2): 111-9.
6. Marquet K, Claes N, De Troy E, Kox G, Droogmans M, Schrooten W, *et al.* One fourth of unplanned transfers to a higher level of care are associated with a highly preventable adverse event: a patient record review in six Belgian hospitals. *Crit Care Med.* 2015 Mai; 43 (5): 1053-61.
7. Ventura CMU, Alves JGB, Meneses JA. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65 (1): 49-55.
8. Ministério da Saúde (BR). Segurança do paciente no domicílio. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
9. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011 Abr; 20 (4): 338-43.
10. Relatório Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Fortaleza: Hospitais Universitários UFC/EBSERH; 2018.
11. Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro T, Yount N, Behm J. AHRQ hospital survey on patient safety culture: user's guide. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2016.
12. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25 (2): 1-9.
13. Ribeliene J, Blazeviciene A, Nadisauskiene RJ, Tameliene R, Kudreviciene A, Nedzelskiene I, *et al.* Patient safety culture in obstetrics and gynecology and neonatology units: the nurses' and the midwives' opinion. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2019 Out; 32 (19): 3244-50.
14. Filho NCA, Souza AMP. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface Comum Saúde Educ.* 2017; 21 (60): 63-77.
15. Alharbi W, Cleland J, Morrison Z. Assessment of patient safety culture in an adult oncology department in Saudi Arabia. *Oman Med J.* 2018 Mai; 33 (3): 200-8.
16. Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open.* 2014; 4 (9): 1-15.
17. Khoury K. Liderança é uma questão de atitude. 3ª ed. São Paulo: Senac; 2018.
18. Mello JF, Barbosa SFF. Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev Eletr Enferm.* 2017 Mai; 19: 1-12.
19. Duarte SDCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2015 Jan; 68 (1): 144-54.
20. Curan GRF, Beraldo A, Souza SNDH, Rossetto EG. Dimensionamento de pessoal de unidades neonatais em um hospital universitário. *Semin Ciênc Biol Saúde.* 2015; 36 (Supl 1): S55-S62.
21. Minuzzi AP, Salum NC, Locks MOH, Amante LN, Matos E. Contribuições da equipe de saúde visando à promoção da segurança do paciente no cuidado intensivo. *Esc Anna Nery.* 2016 Jan/Mar; 20 (1): 121-9.
22. Battard J. Nonpunitive response to errors fosters a just culture. *Nurs Manage.* 2017 Jan; 48 (1): 53-5.

23. Cruz EDA, Rocha DJM, Mauricio AB, Ulbrich FS, Batista J, Maziero ECS. Cultura de segurança entre profissionais de saúde em hospital de ensino. *Cogitare Enferm.* 2018; 23 (1): 1-9.
24. Wang M, Tao H. How does patient safety culture in the surgical departments compare to the rest of the county hospitals in Xiaogan city of China? *Int J Environ Res Public Health.* 2017; 14 (10): 1123.
25. El-Jardali F, Sheikh F, Garcia NA, Jamal D, Abdo A. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14 (1): 122.
26. Akbari N, Malek M, Ebrahimi P, Haghani H, Aazami S. Safety culture in the maternity unit of hospitals in Ilam province, Iran: a census survey using HSOPSC tool. *Pan Afr Med J.* 2017; 27: 1-6.
27. Asefzadeh S, Kalhor R, Tir M. Patient safety culture and job stress among nurses in Mazandaran, Iran. *Electron Physician.* 2017 Dez; 9 (12): 6010-6.
28. Chakravarty A. A survey of attitude of frontline clinicians and nurses towards adverse events. *Med J Armed Forces India.* 2013 Out; 69 (4): 335-40.
29. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Rev Esc Enferm USP.* 2017; 51: e3243.
30. Tomazoni A, Rocha PK, Souza SD, Anders JC, Malfussi HFC. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. *Rev Latino-Am Enferm.* 2014 Set/Out; 22 (5): 755-63.

Recebido em 14 de Agosto de 2019

Versão final apresentada em 28 de Dezembro de 2021

Aprovado em 3 de Janeiro de 2022