

Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal



Perception of nursing and medical professionals on patient safety in neonatal intensive care units

La seguridad del paciente en unidades de cuidados intensivos neonatales en la percepción de la enfermería y la medicina

Andreia Tomazoni^a
 Patrícia Kuerten Rocha^a
 Mariana Batista Ribeiro^a
 Leonardo S. Serapião^a
 Sabrina de Souza^a
 Bruna Figueiredo Manzo^b

Como citar este artigo:

Tomazoni A, Rocha PK, Ribeiro MB, Serapião LS, Souza S, Manzo BF. Segurança do paciente na percepção da enfermagem e medicina em unidades de terapia intensiva neonatal. Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar;38(1):e64996. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64996>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64996>

RESUMO

Objetivo: Descrever a segurança do paciente na percepção dos profissionais de enfermagem e medicina de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Método: Pesquisa qualitativa descritiva exploratória na qual foi utilizado o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture* para a coleta de dados. Participaram da pesquisa 28 profissionais de enfermagem e medicina de três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Florianópolis/Santa Catarina, no período de 2013 a 2015. Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise Temática de Conteúdo.

Resultados: Emergiram as seguintes categorias: percepção e estratégias para a segurança do paciente; fatores de risco que interferem na segurança do paciente; desafios na comunicação de erros relacionados ao cuidado em saúde.

Conclusões: A segurança do paciente na visão dos profissionais refletiu a importância do cuidado seguro e da identificação de fatores de risco nas condições de trabalho que predisõem a erros. A comunicação de situações de risco, o desenvolvimento da cultura de segurança e a capacitação tornam-se fundamentais.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Unidades de terapia intensiva neonatal. Enfermagem neonatal.

ABSTRACT

Objective: To describe patient safety in the perception of nursing and medical professionals of neonatal intensive care units.

Method: Exploratory and descriptive study with a qualitative approach, using the instrument *Hospital Survey on Patient Safety Culture* for data collection. Twenty-eight nursing and medical professionals of three neonatal intensive care units in the city of Florianópolis, state of Santa Catarina, participated in the study, from 2013 to 2015. Content thematic analysis was used for data analysis.

Results: The following categories emerged: perception and strategies for patient safety; risk factors that interfere with patient safety; challenges in the communication of errors associated with health care.

Conclusions: Patient safety in the perception of professionals reflected the importance of safe care and the identification of risk factors in work conditions, predisposing to errors. Communication of risk situations, development of safety culture, and qualification are of utmost importance.

Keywords: Patient Safety. Intensive Care Units, Neonatal. Neonatal Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Describir la seguridad del paciente desde la percepción de los profesionales de enfermería y medicina de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.

Método: Investigación cualitativa exploratoria descriptiva, utilizando el instrumento de recolección de datos de la encuesta en el *Hospital Cultura de Seguridad del Paciente*. Participaron en la encuesta 28 enfermeras y médicos, en tres Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales de Florianópolis (Santa Catarina), de 2013 a 2015. Para el análisis de datos se utilizó el análisis de contenido temático.

Resultados: Demostraron las siguientes categorías: percepción y estrategias para la seguridad del paciente; factores de riesgo que interfieren en la seguridad del paciente; retos en la comunicación de errores relacionados con el cuidado en salud.

Conclusión: La seguridad del paciente según la percepción del profesional refleja la importancia de un cuidado seguro y la identificación de los factores de riesgo en las condiciones de trabajo, lo que predispone a errores. Existía la necesidad de comunicación de situaciones de riesgo, el desarrollo de una cultura de seguridad, así como la capacitación sobre la seguridad del paciente.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Unidades de cuidado intensivo.

^a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^b Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem da UFMG, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

O cuidado ao recém-nascido na área da saúde passou por importantes avanços nas últimas décadas, por meio da produção e difusão do conhecimento científico aliado ao desenvolvimento tecnológico. Assim, com a implantação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) houve a detecção e tratamento precoce das situações de risco neonatais, contribuindo significativamente para o aumento da sobrevivência de recém-nascidos⁽¹⁾.

Diante do contexto, a evolução no cuidado neonatal proporcionou inúmeras potencialidades. Em contrapartida surgem questões preocupantes, como a qualidade do serviço e a segurança do paciente nesse cenário inovador, complexo e crítico do cuidado hospitalar. Frente a esse novo panorama de cuidado em saúde, a segurança do paciente reporta a importância de cuidados seguros, buscando a diminuição dos erros e danos ocorridos durante o cuidado ao paciente⁽²⁾.

Cabe destacar que a temática da segurança do paciente obteve destaque global após a divulgação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*. Este relatório gerou um movimento mundial de segurança do paciente ao revelar que os pacientes estão expostos a riscos que podem interferir na sua segurança, causando erros e danos à saúde. Ademais, demonstrou altas taxas de mortalidade causada pelo cuidado em saúde de hospitais americanos, sendo que grande parte das mortes poderia ter sido evitada⁽³⁾.

Tratando-se da segurança do paciente neonatal, cabe destacar que os recém-nascidos podem estar expostos a maiores riscos devido a fatores particulares destes pacientes, como a extrema fragilidade fisiológica e sistemas orgânicos em desenvolvimento, os quais prejudicam sua segurança por demandarem de cuidados específicos⁽⁴⁾.

Nesse sentido, concomitante ao nascimento, o recém-nascido pode necessitar de intervenções terapêuticas, utilização de dispositivos invasivos e medicações que nem sempre são formuladas especificamente para eles, predispondo ao erro. Ademais, a segurança do paciente pode ser afetada, em algumas ocasiões, por questões relacionadas ao ambiente das UTIN, quando há uma infraestrutura inadequada, superlotação, quantidade inadequada de profissionais, sobrecarga de trabalho, recursos limitados ou má qualidade de equipamentos e materiais⁽⁵⁾.

Os riscos à segurança do paciente neonatal podem ocasionar erros danosos à sua integridade física. Dessa maneira, os erros que causam dano ao paciente caracterizam-se como eventos adversos e são responsáveis pela morbidade e mortalidade que poderiam ser evitadas, representando ônus na questão econômica das instituições, além do ônus social e sofrimento causado ao neonato, família e ao próprio profissional que cometeu o erro. Sendo

assim, pode-se afirmar que os eventos adversos estão ligados a qualidade do cuidado em saúde e a segurança do paciente na instituição⁽⁶⁾.

Ainda em relação aos eventos adversos, estudo desenvolvido em uma UTIN brasileira identificou eventos adversos em 84% dos recém-nascidos internados, sendo que os distúrbios de termorregulação, de glicemia e infecções relacionados à assistência em saúde foram os mais frequentes⁽⁷⁾. Outro estudo, com revisão sistemática sobre eventos adversos em UTIN, demonstrou maior ocorrência relacionada à dosagem incorreta de medicação (38%), perda acidental do cateter intravascular (25%), lesão cutânea (21%) e infecção relacionada à assistência em saúde (20%)⁽⁸⁾.

Um estudo com 239 neonatos demonstrou que os eventos adversos causados pelas infecções relacionadas à assistência em saúde representam relação com as taxas de morbidade e mortalidade nas UTIN. Aponta que a incidência de infecção hospitalar foi de 45,8% e a taxa de mortalidade por infecção relacionada à assistência em saúde foi de 33,8%⁽⁹⁾.

Diante do grande impacto dos eventos adversos para os pacientes neonatais, é imprescindível minimizar a ocorrência dos erros. Assim, para buscar melhores resultados no cuidado é fundamental a colaboração e envolvimento dos profissionais da equipe de saúde para o aprimoramento da segurança do paciente.

Nesse sentido, os profissionais envolvidos no cuidado, em especial a enfermagem e medicina, representam um fator primordial na segurança do paciente, pois estão continuamente atrelados a este processo, podendo contribuir na identificação das situações perigosas e erros presentes no sistema de saúde. Para tanto, conhecer o ponto de vista dos profissionais de enfermagem e medicina sobre a segurança do paciente neonatal pode permitir a representação do panorama da segurança do paciente no cotidiano das UTIN.

Diante da complexidade e das inovações dos cuidados no cenário das UTIN e partindo do pressuposto de que os profissionais de enfermagem e medicina são atores ativos no processo de segurança, a descrição da segurança do paciente do ponto de vista desses profissionais torna-se essencial para o planejamento de um cuidado seguro. Assim, tem-se como pergunta desta pesquisa: Como é a segurança do paciente na percepção dos profissionais de enfermagem e medicina de unidades de terapia intensiva neonatal? Portanto, este artigo tem por objetivo descrever a segurança do paciente na percepção dos profissionais de enfermagem e medicina de unidades de terapia intensiva neonatal.

■ METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de natureza qualitativa. A pesquisa foi realizada no período de

2013 a 2015, em três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), de três Hospitais Públicos da Grande Florianópolis/Santa Catarina. Estas unidades são referência em cuidados neonatais para o Estado de Santa Catarina e são caracterizadas por cuidados complexos para pacientes neonatais em estado grave, que necessitam de cuidado contínuo e alto grau de tecnologia para tratamento.

Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento *Hospital Survey on Patient Safety Culture*⁽⁸⁾. A utilização deste instrumento foi autorizada pelos autores, assim como sua tradução, a qual seguiu os passos propostos no protocolo *Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture*⁽⁹⁾.

Este instrumento apresenta dois blocos de questões, sendo o primeiro bloco com questões objetivas de múltipla escolha que representam o recorte quantitativo do estudo, sendo que estes resultados foram elaborados em dois manuscritos e já se encontram publicados em revistas científicas⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Já o segundo bloco contém questões subjetivas que representam o recorte qualitativo do estudo. Assim, este manuscrito foi elaborado a partir do recorte qualitativo, correspondente ao segundo bloco de questões subjetivas do instrumento de coleta de dados, abordando a temática de segurança do paciente, erros e comunicação de eventos.

Os participantes do estudo foram 181 profissionais, sendo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem das UTIN. A amostra geral do estudo, referente ao recorte quantitativo e qualitativo, foi intencional e seguiu os critérios gerais de inclusão na pesquisa: ser enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem ou médico e estar desenvolvendo suas funções nas UTIN; apresentar período de admissão na unidade maior que dois meses, uma vez que esse foi considerado o tempo mínimo para adaptação do funcionário na unidade de trabalho. Os critérios de exclusão foram: profissionais das equipes que não estivessem no setor por motivo de férias, licença saúde, licença gestação, licença prêmio, e/ ou atestado médico, e instrumentos preenchidos em menos da metade. Seguindo estes critérios, a amostra geral totalizou 141 profissionais. Com relação ao recorte qualitativo do estudo, foi acrescentado como critério de exclusão os profissionais que não responderam ao bloco qualitativo do instrumento. Dessa maneira, foram excluídos 113 profissionais que se enquadravam nesse critério. Por fim, o estudo que representa os resultados deste manuscrito, ou seja, o recorte qualitativo da pesquisa, foi composto por 28 profissionais.

O projeto de pesquisa foi apresentado aos profissionais e, para aqueles que aceitaram participar da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a coleta de dados foi entregue a cada participante um envelope contendo um questionário, sendo que após este

ser preenchido o participante deveria lacrá-lo com cola e depositá-lo em uma urna, garantindo assim seu anonimato.

Os instrumentos devolvidos foram classificados e organizados da seguinte maneira: por ordem numérica de 0 a 28; e de acordo com a profissão do participante, sendo enfermeiro (E), técnico de enfermagem (TE), auxiliar de enfermagem (AE) e médico (M).

Os dados foram analisados utilizando Análise Temática de Conteúdo. Esta análise consiste na avaliação do material em etapas ou momentos, os quais se estruturam em: (a) pré-análise dos dados: caracterizada pela leitura flutuante e reformulação de hipóteses, atendendo a exaustividade do texto, a homogeneidade, a exclusividade, a objetividade e pertinência; (b) exploração do material: organização de categorias que expressam o conteúdo analisado, por meio da redução do texto a expressões ou palavras e posterior agregação dos dados em categorias; (c) tratamento/interpretação dos dados: consiste na interpretação dos dados alicerçado em material teórico selecionado ou em novas dimensões teóricas⁽¹²⁾.

Para fins de questões éticas, foram respeitadas as diretrizes da Resolução 466/2012 e o projeto de pesquisa foi aprovado na Plataforma Brasil, obtendo parecer nº 128.478.

■ RESULTADOS

Entre os 28 participantes do estudo cinco eram enfermeiros, 14 eram técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem e cinco médicos. Dentre eles, 17 participantes tinham mais de 10 anos de trabalho na profissão, enquanto oito tinham entre um a cinco anos, e ainda, três tinham entre seis a 10 anos de trabalho na profissão. Especificamente em relação ao tempo de trabalho na UTIN, 16 profissionais tinham mais de 10 anos de trabalho, sete tinham entre um a cinco anos, três apresentaram entre seis a 10 anos e ainda, dois relataram ter menos de um ano de trabalho na UTIN. Quanto à carga horária semanal, 16 trabalhavam menos de 39 horas semanais, seis trabalhavam entre 40 e 59 horas e ainda, seis (20,7%) apresentavam entre 60 a 99 horas semanais de trabalho.

A partir da análise qualitativa dos dados obtidos emergiram três categorias: percepção e estratégias para segurança do paciente; fatores de risco que interferem na segurança do paciente; desafios na comunicação de erros relacionados ao cuidado em saúde.

Percepção e estratégias para segurança do paciente

Nesta categoria foi demonstrada a percepção dos profissionais sobre a segurança do paciente nas UTIN. Percebe-se que os mesmos reconhecem a importância da

segurança do paciente e compreendem que as rotinas de trabalho podem expor o neonato a situações perigosas. E ainda, os profissionais sentem-se responsáveis em ofertar um cuidado seguro e livre de danos. Entretanto, mencionam que a segurança do paciente pode não ser prioridade para alguns profissionais, conforme os registros a seguir:

Não é prioridade a segurança do paciente na visão dos gestores! (15 E).

[...] que um descuido pode ser fatal ou deixar sequelas; a vida dos pacientes está em nossas mãos (26 AE).

No meu setor UTIN a segurança do paciente é sempre priorizada (25 TE).

Ainda, relatam que diante do contexto complexo das UTIN o profissional pode cometer erros, refletindo em consequências graves para o neonato. Nesse sentido, apontam que é fundamental investir na prevenção para evitar os erros, conforme registros abaixo:

[...] fica difícil de prestar atendimento sem correr riscos para o paciente (13 TE).

Deve-se pensar mais na prevenção para se evitar certas eventualidades desagradáveis (18 TE).

Ainda, observou-se nos relatos que a prevenção de erros e a promoção da segurança do paciente estão atreladas a necessidade de funcionários qualificados para o trabalho. Além da capacitação e atualização para os profissionais que já estão em serviço nas UTIN, nota-se que foi abordada a importância da preparação adequada dos novos profissionais que estão entrando no mercado de trabalho. Frente a este contexto, entendem que a atualização profissional sobre o tema segurança do paciente é crucial para o aprimoramento do cuidado, sendo esta uma preocupação apontada pelos profissionais, conforme seguinte relato:

Nos hospitais do Estado, os gestores têm muita dificuldade em selecionar RH, a mão de obra está cada vez menos preparada[...] (27 M).

Fatores de risco que interferem na segurança do paciente

Os profissionais mencionam que as falhas na segurança podem estar relacionadas à realidade dos serviços, em decorrência de diversos fatores de risco. Dentre estes fatores, citam a infra-estrutura inadequada, materiais de má qualidade, equi-

pamentos antigos e sem manutenção periódica e a sobrecarga de trabalho por diminuição no quadro de funcionários.

Os participantes refletem que, embora os profissionais realizem seu serviço seguindo os protocolos vigentes, o ambiente de trabalho pode ser um fator predisponente à ocorrência de falhas no processo de cuidar. A questão estrutural de algumas UTIN localizadas em construções antigas, com eventuais reformas, pode estar expondo o neonato a maiores riscos, pois o espaço físico antigo e inadequado com superlotação de pacientes acaba dificultando a qualidade do cuidado prestado pela equipe de saúde. Nesse sentido, ressaltam que a implantação de uma UTIN dentro de uma instituição, deve ser detalhadamente planejada, considerando as rotinas de cuidados e fluxo do serviço para oferecer condições adequadas para a segurança dos profissionais e pacientes. Esse contexto pode ser observado a seguir:

[...] os riscos aos quais os pacientes são submetidos, a maior parte tem a ver com a parte estrutural mais do que o risco de falha humana, são ambientes pequenos que não comportam boa visualização de bombas, leitos, monitores, superlotação, falta de materiais adequados, falta de conhecimento no fazer a estrutura hospitalar (06 TE).

Acho que as condições físicas do hospital encontram-se precárias, tanto as instalações elétricas como o espaço físico em si; utilizando materiais sucateados fica difícil prestar atendimento sem correr riscos para o paciente (13 TE).

Ademais, abordam que os materiais e equipamentos utilizados nas UTIN também podem configurar-se como fatores de risco para ruptura da segurança do paciente. Alguns materiais adquiridos pelo hospital nem sempre são adequados aos neonatos e podem causar danos devido à grande fragilidade dos pacientes. Ainda, equipamentos antigos e sem a devida manutenção podem produzir falsas situações e acabar determinando condutas e tratamentos inadequados ao neonato, conforme vemos abaixo:

Gotejo de nutrição parenteral numa bomba de infusão. A princípio estava correta e no final demonstrou vazão maior do que foi colocado! (02 E).

No momento trabalhamos numa área reduzida [a unidade estava em reformas durante a coleta de dados]. Falta toda a infraestrutura, não temos área para uma eventual emergência. Os berços estão velhos, quebrados e equipamentos obsoletos (05 AE).

Os equipamentos de má qualidade são constantes: equi-po soro, escalpes, até esparadrapo sem aderência alguma,

utilizados para puncionar e fixar um acesso venoso periférico. Tomadas com mais de uma colocação num mesmo paciente, utilizando uma extensão; sem contar choques elétricos constante em funcionários e até RN (20 TE).

Outro fator de risco que interfere na segurança do paciente foi a falta de profissionais no serviço por motivo de atestados ou licenças de saúde, uma vez que não há reposição de funcionários, o que resulta no aumento da jornada de trabalho daqueles que já estão em serviço. Dessa maneira, abordam que a sobrecarga de trabalho e fadiga dos profissionais das UTIN é um fator constante que prejudica o cuidado seguro, conforme os relatos a seguir:

[...] muitos atestados e os funcionários cobrindo 24 e 30 horas seguidas (03 AE).

Sobrecarga; estresse; falta profissional; demanda além do limite! (08 E).

Trabalhadores insuficientes, fadigados e materiais de uso excessivo (24 M).

Desafios na comunicação de erros relacionados ao cuidado em saúde

Os profissionais entendem que os erros no cuidado podem expor o neonato a danos e que a comunicação destes eventos é necessária para melhoria do serviço. No entanto, elencam que quando há ocorrência de um erro, não há oportunidade para discussão e busca de soluções. Ainda, mencionam que há diferentes condutas adotadas frente às situações de erros, dependendo da categoria profissional que cometeu o erro:

Não discutimos os erros; não aprendemos com eles; o corporativismo faz com que os erros sejam acobertados (28 M).

Dependendo o cargo de ocupação do profissional é a conduta quanto ao erro cometido (01 TE).

Os eventos geralmente são relatados somente verbal, o que fica difícil saber como aconteceu, acho que deveria ser relatado e divulgado para que todos tivessem oportunidade de saber e ter mais atenção nos procedimentos para melhorar a segurança dos pacientes (04 TE).

Ademais, os profissionais refletem que conseguem identificar os principais problemas relacionados à ruptura da segurança do paciente, pois estão diretamente ligados ao cuidado oferecido e entendem que a comunicação destes problemas

é fundamental. No entanto, apontam que quando a comunicação é realizada, a equipe não recebe *feedback* para promover o aprendizado e não ocorre direcionamento em busca de soluções. Ainda, refletem que a comunicação das situações de risco nem sempre é estimulada pelos gestores.

Assim, a equipe sugere como alternativa para melhorar o compartilhamento das situações de erros no cuidado a utilização de espaços que permitam aos membros da equipe comunicar os erros e situações de perigo para a segurança do paciente. A partir disso, seria possível propor a construção conjunta de soluções entre todos os membros da equipe e gestores a fim de promover o aprendizado para que as situações de risco possam ser prevenidas. Este contexto pode ser observado nos relatos a seguir:

[...] A equipe que está à frente e visualiza os problemas, comunica, mas infelizmente não é dado o encaminhamento necessário pela direção! Frequentemente expomos os pacientes! (15 E).

Acho que em uma sessão temos de interagir com vários profissionais e sermos comunicados dos eventos. Mas não temos reunião para discussão de mudanças ou formas para prevenir acidentes (eventos). O nível médio não é privilegiado com reunião de trabalho; só o nível superior. Por isso as questões de eventos ficam restritas aos níveis superiores e direção (21 AE).

[...] Não temos mais reuniões entre funcionários e a chefia para melhorar qualidade do trabalho, reclamações sobre assuntos diversos, ideias para melhorar o mesmo. Acredito que reuniões entre todos os funcionários junto com a chefia melhoram a qualidade de trabalho em 50% [...] (09 TE).

DISCUSSÃO

Diante dos resultados obtidos, observou-se que a segurança do paciente nas UTIN reflete a relevância do tema no contexto do cuidado seguro para os pacientes neonatais, do ponto de vista dos profissionais da enfermagem e medicina. Os profissionais compreendem os riscos inerentes dos serviços e que a oferta de um cuidado seguro deve fazer parte do cotidiano de trabalho. No entanto, revelam que a segurança do paciente nem sempre é adotada com a mesma prioridade pelos profissionais.

Portanto, levantam a necessidade de investimentos institucionais direcionados para a promoção das questões de segurança do paciente. Tais investimentos institucionais, no intuito de desenvolver sistemas de saúde seguros, precisam incluir tanto os profissionais da área assistencial como os profissionais da gerência, tendo em vista a neces-

sidade de todos responsabilizarem-se pela segurança do paciente. Ainda, a gerência deve disponibilizar recursos e estrutura necessária para promover a segurança do paciente e deve considerar que a segurança precisa ter prioridade sobre as metas financeiras e operacionais da instituição, contribuindo para a construção de uma cultura de segurança do paciente na instituição⁽¹³⁾.

Paralelamente à percepção sobre a segurança do paciente, os participantes apontaram uma série de fatores potenciais para situações de risco que predis põe a ocorrência de eventos adversos. Embora a garantia de melhor qualidade e segurança nos serviços de saúde esteja normatizada pela legislação brasileira, nota-se que dificuldades com a estrutura física das UTIN, a obsolescência da aparelhagem e materiais disponíveis e escassez no quadro de trabalhadores da equipe de saúde das UTIN se caracterizam como fatores de risco e acabam predispondo a ocorrência de erros.

Cabe destacar que tais fatores de risco corroboram com achados de uma revisão sistemática de literatura, demonstrando que as condições do ambiente de serviço e a carga de trabalho dos profissionais são os principais fatores que afetam a segurança do paciente⁽¹⁴⁾. Dessa maneira, tal percepção aborda um ponto fundamental a ser discutido em UTIN, uma vez que a própria legislação determina a organização dos serviços de saúde para promover e garantir a segurança.

Nesse sentido, a estrutura adequada das UTIN configura-se como um pré-requisito para a segurança do paciente. Conforme a Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012 do Ministério da Saúde, as UTIN devem cumprir com a ambiência e estrutura física adequada, de acordo com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assim, ao dispor do mínimo exigido relacionado à estrutura física, recursos humanos e materiais disponíveis, esta Portaria habilita as UTIN em Tipo II ou Tipo III. Para tanto, o serviço deverá dispor de equipe multiprofissional especializada, equipamentos específicos próprios e tecnologia diagnóstica e terapêutica adequada para os neonatos hospitalizados⁽¹⁵⁾.

No entanto, conforme relatado pelos participantes do estudo, erros com equipamentos e materiais estão constantemente reportando riscos à segurança do paciente nas UTIN. Destacam problemas com equipamentos e materiais utilizados na terapia infusional, como equipos de soro, bombas de infusão e material de fixação de punção venosa. Cabe destacar que os recém-nascidos utilizam rotineiramente terapia medicamentosa e nutrição parenteral em doses milimétricas, sendo que problemas com os materiais utilizados podem gerar alterações inesperadas na clínica do paciente.

Estudo que identificou erros em terapia medicamentosa aponta que a velocidade de infusão errada pode estar relacionada à programação inadequada das bombas de infusão, sendo esta situação identificada como uma das

principais causas dos erros de medicação⁽¹⁶⁾. Portanto, a falta de capacitação dos profissionais quanto à programação dos equipamentos, aliada a falta de manutenção e má qualidade apontada pelos participantes da pesquisa, pode potencializar a ocorrência de erros.

Nesse sentido, os equipamentos e materiais utilizados no cuidado em saúde não devem comprometer a segurança dos pacientes e dos profissionais. Para isso, estes produtos devem apresentar padrões de qualidade e segurança, conforme determinado pelas normas e legislação em vigor. Assim, quando os profissionais identificam riscos à segurança relacionados aos equipamentos e materiais, uma ferramenta importante na prevenção de erros é a notificação de eventos adversos e queixas técnicas aos setores competentes⁽¹⁷⁾.

Tratando-se do quantitativo de profissionais nas UTIN, cabe destacar que a equipe de enfermagem e medicina desempenha um papel importante na prevenção de eventos adversos por meio de cuidados de monitoramento contínuo do paciente. Desta maneira, é compreensível que a diminuição da quantidade destes membros afeta negativamente a segurança do paciente, uma vez que a escassez de profissionais reflete na sobrecarga de trabalho, estresse e cansaço⁽¹⁸⁾.

Diante disso, é importante destacar que a maioria dos participantes da pesquisa apresentava carga horária semanal de trabalho menor que 39 horas semanais. No entanto, um número menor, embora expressivo de profissionais, apresentou jornada semanal de trabalho entre 40 a 99 horas, para suprir a falta de profissionais na escala de trabalho.

Nesse sentido, ao aliar a falta de profissionais às altas demandas das UTIN, a relação de pacientes por profissional pode estar sendo maior do que o recomendado, o que acarreta uma carga de trabalho aumentada e maiores chances de erros. Corroborando com esse achado, estudo realizado em duas UTIN mostrou que quanto maior o quantitativo de neonatos em relação a cada técnico de enfermagem, maior foi a ocorrência de eventos adversos. Destaca-se, por exemplo, a ocorrência de eventos adversos relacionados à ventilação mecânica que duplicou quando o número de neonatos por técnico de enfermagem era superior a 3,8 e triplicou quando essa proporção chegou a 4,8 neonatos por técnico. A mesma situação foi identificada com enfermeiros, sendo que o risco para eventos adversos triplicou quando o número de neonatos era superior a 11 por enfermeiro⁽¹⁹⁾.

Entretanto, a legislação brasileira menciona que as UTIN devem dispor de uma equipe mínima, com quantitativo adequado de profissionais, visando à segurança dos processos de cuidado. Esta equipe mínima deve ser composta por: um médico responsável técnico; um médico com jornada diária mínima de quatro horas, a cada 10 leitos; um enfermeiro assistencial a cada 10 leitos, por turno; um

fisioterapeuta a cada 10 leitos, por turno; no mínimo um técnico de enfermagem para cada dois leitos, por turno; um fonoaudiólogo responsável pela unidade; um funcionário de limpeza⁽¹⁵⁾.

Já no âmbito da comunicação de eventos nas UTIN, foi possível observar que parte considerável dos eventos não são comunicados, tampouco notificados e, quando mencionados, são em conversas informais sem o intuito de aprendizagem. Assim, a comunicação dos erros pode não ser realizada devido à falta de esclarecimento da importância da segurança do paciente ou devido à subnotificação relacionada a uma cultura de culpabilização do profissional que cometeu o erro, e como consequência, acaba prejudicando a análise em busca de soluções⁽¹³⁾.

Na literatura, estudo realizado em UTIN também reflete esta problemática. No estudo, houve um baixo percentual de comunicações de eventos adversos, expressados por 775 eventos, representando uma prevalência de erros de 1,1% do total de internações. Entretanto, houve um aumento de 0,7% para 1,7% do número de comunicações de erros em quatro anos. E como fator que colabora com o baixo percentual de comunicações de erros, o estudo relaciona o modelo de notificação utilizado, no qual o profissional que cometeu o erro precisa se identificar e acaba não comunicando por medo de punição⁽²⁰⁾.

Resultado semelhante é encontrado em estudo que apontou o baixo incentivo para a detecção de falhas e erros no sistema de saúde como um fator que dificulta a comunicação de erros nas UTIN. Nota-se a preocupação dos profissionais quanto à postura dos gestores em desconsiderar a comunicação dos erros como estratégia positiva para a segurança. Mais uma vez, reforça-se que apesar da comunicação de erros ser uma responsabilidade de toda equipe, a gestão hospitalar precisa assumir a postura de liderança, estimulando e implantando a cultura de segurança, a qual aborde os erros de maneira sistêmica e não punitiva⁽¹¹⁾.

A comunicação de erros é uma estratégia importante no combate as falhas do sistema e deve ser incentivada pela gestão hospitalar em busca de melhorias no serviço. Assim, o desenvolvimento de uma cultura de segurança que priorize a comunicação de erros é fundamental para a análise e elaboração de ações conjuntas que prezem pela implantação de barreiras de segurança no sistema de saúde.

Contudo, nota-se nos resultados obtidos que os profissionais apresentam certa dificuldade em reconhecer os erros e falhas no sistema, demonstrando fragilidades na cultura de segurança dessas instituições. Dessa maneira, o desenvolvimento de uma cultura de segurança que proporcione o entendimento de que os sistemas de saúde são instituições de risco e que os profissionais são passíveis de cometer erros e falhas, pode determinar avanços positivos na segurança do

paciente. Ao estimular uma cultura de segurança que prevê que os erros podem ocorrer devido às condições do sistema de saúde, consequentemente o processo de comunicação dos erros também é estimulado. Assim é possível promover o aprendizado organizacional, caracterizando-se como um ciclo contínuo de ação e reflexão, que possibilita aos hospitais aprenderem com suas experiências e, também, a criarem e promoverem a capacidade de reflexão sobre a dinâmica do sistema, direcionando para a mudança da própria percepção da segurança do paciente. Por outro lado, a insistência em tradições e soluções rápidas para resolução dos problemas existentes pode inibir formas mais eficazes de aprendizagem organizacional⁽²¹⁾.

Outro ponto importante que fora relatado pelos participantes, foi a necessidade de atualização acerca da segurança do paciente, sendo este um tema em constante processo de ascensão e que determina a qualidade do cuidado. Destaca-se que a maior parte dos participantes da pesquisa possuía mais de 10 anos de trabalho na profissão, sendo que este fator determina experiência profissional, mas também remete à necessidade de atualização, uma vez que a temática da segurança do paciente é recente nos currículos acadêmicos.

Estudos mostram que a capacitação, treinamento e atualização sobre o tema de segurança do paciente, tanto para estudantes em formação como para os profissionais atuantes, melhoram os conhecimentos sobre o tema, e ainda demonstram mudanças significativas nas atitudes e competências para a promoção da segurança do paciente⁽²²⁾.

Portanto, é possível verificar por meio deste estudo que apesar dos profissionais apontarem a segurança do paciente como uma importante medida para a qualidade do cuidado, existe fatores institucionais que dificultam a implementação de um cuidado seguro. Parte desta questão está relacionada com a inadequação de uma cultura de segurança na instituição, dificultando a comunicação e correção das fragilidades no processo de cuidado.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do paciente é percebida pelos profissionais de enfermagem e medicina de UTIN como uma questão de grande relevância no contexto destas unidades, perpassando pela importância da oferta de um cuidado seguro e a identificação da existência de fatores de risco que predispõe aos erros, sendo esses fatores relacionados às condições do ambiente de trabalho, aos insumos materiais e à escassez de funcionários. Ademais, os profissionais refletem a necessidade de incentivo para a comunicação de eventos a fim de desenvolver conjuntamente estratégias de prevenção de erros e promoção de uma cultura de

segurança, assim como, a necessidade de capacitação e atualização sobre a segurança do paciente.

Portanto, o estudo aponta como contribuição que é possível identificar as principais potencialidades e fragilidades na área da segurança nas UTIN a fim de planejar e implementar ações de mudanças nestas unidades, visando a melhoria na assistência no âmbito de segurança e qualidade dos serviços. Ademais, aponta para a necessidade de ensino e educação continuada baseada na temática da segurança do paciente, a fim de favorecer o desenvolvimento da cultura de segurança, principalmente nas unidades de maior complexidade de cuidado, como as UTIN.

Consideramos como limitação do estudo o número reduzido de participação dos profissionais convidados. Embora tenha sido um número representativo, sendo possível atingir a saturação dos dados, observamos uma baixa adesão dos profissionais em se disponibilizar a responder o recorte qualitativo do instrumento que deu origem aos resultados deste estudo.

A partir do exposto, considera-se essencial o desenvolvimento de pesquisa nas demais unidades hospitalares a fim de compreender a segurança do paciente por meio do ponto de vista dos profissionais, possibilitando identificar o panorama da temática da segurança, assim como suas potencialidades e fragilidades. Dessa maneira, torna-se possível discutir e elaborar estratégias para melhorar a segurança nas instituições de saúde, garantindo assim, um cuidado com qualidade.

■ REFERÊNCIAS

1. Costa R, Padilha MI. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). *Esc Anna Nery*. 2012 abr-jun;16(2):247-54.
2. Wachter RM. *Compreendendo a segurança do paciente*. 2. edição. Porto Alegre: AMGH; 2013.
3. Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Errors in health care: a leading cause of death and injury. In: Konh LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health care system*. Washington (DC): Institute of Medicine; 2000. p. 26-48.
4. Távora AC, Castro AB, Militão MA, Girão JE, Ribeiro KB, Távora LG. Risk factors for nosocomial infection in a Brazilian neonatal intensive care unit. *Braz J Infect Dis*. 2008;12(1):75-9.
5. Dal-Bó K, Silva RM, Sakae T. Infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva neonatal do Sul do Brasil. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012;24(4):381-5.
6. Lanzillotti LS, Seta MH, Andrade CLT, Junior WVM. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(3):937-46.
7. Ventura CMU, Alves JGB, Meneses JA. Eventos adversos em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(1):49-55.
8. Sorra JS, Nieva VF. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Sep. 2004. AHRQ Publication Nº. 04-0041.
9. Agency for Healthcare Research and Quality (US). *Translation Guidelines for the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture* [Internet]. Rockville, MD: Westat; 2010 [cited 2012 Apr 12]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/resources/transguide.pdf>.
10. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, Anders JC, Malfussi HFC. Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(5):755-63.
11. Tomazoni A, Rocha PK, Kusahara DM, Souza ALJ, Macedo TR. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*. 2015 jan-mar;24(1):161-9.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. edição. São Paulo: Hucitec; 2013.
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). *Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília (DF); 2013.
14. Lawton R, McEachan RRC, Giles SJ, Sirriyeh R, Watt IS, Wright J. Development of an evidence-based framework of factors contributing to patient safety incidents in hospital settings: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2012 May;21(5):369-80.
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2012. [citado 2015 nov 20] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html.
16. Yamamoto MS, Peterlini MAS, Bohomol E. Notificação espontânea de erros de medicação em hospital universitário pediátrico. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(6):766-71.
17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). *Manual de tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúde comercializados no Brasil*. Brasília (DF); 2010.
18. Rochefort CM, Buckeridge DL, Abrahamowic M. Improving patient safety by optimizing the use of nursing human resources. *Implement Sci*. 2015 Jun;10:89.
19. Lamy Filho F, Silva AAM, Lopes JMA, Lam ZC, Simões VMF, Santos AM. Staff workload and adverse events during mechanical ventilation in neonatal intensive care units. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87(6):487-92.
20. Lorenzini E, Santi JAR, Bão ACP. Patient safety: analysis of the incidents notified in a hospital, in south of Brazil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 Jun;35(2):121-7.
21. Sujan M. An organisation without a memory: a qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety. *Reliab Eng Syst Saf*. 2015;144:45-52.
22. Ahmed M, Arora S, Baker P, Hayden J, Vincent C, Sevdalis N. Building capacity and capability for patient safety education: a train-the-trainers programme for senior doctors. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(8):618-25.

■ Autor correspondente:

Andreia Tomazoni

E-mail: andreiatomazoni@gmail.com

Recebido: 27.05.2016

Aprovado: 14.02.2017